


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO – EPS –



**"ACOMPañAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO
EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES –EVE-
DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6
CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO
DE SUS CONDICIONES DE VIDA
A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN
DE SU SENTIDO DE VIDA"**

ENNIE ANALEE VILLATORO MARTÍNEZ

Guatemala, Agosto del 2015

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO – EPS –

“ACOMPañAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO
EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES –EVE-
DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6
CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO
DE SUS CONDICIONES DE VIDA
A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN
DE SU SENTIDO DE VIDA”

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ENNIE ANALEE VILLATORO MARTÍNEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA

Guatemala, Agosto de 2015

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Abraham Cortez Mejía

Director

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina

Secretario

Licenciada Dora Judith López Avedaño

Licenciado Ronald Giovani Morales Sánchez

Representante de Profesores

Licenciado Juan Fernando Torres Arellano

Representante de Egresados



C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.136-2008
CODIPs. 1237-2015

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

17 de junio de 2015

Estudiante
Ennie Analee Villatoro Martinez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO TERCERO (23º.) del Acta VEINTISESIS GUIÓN DOS MIL QUINCE (26-2015) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 15 de junio de 2015, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ACOMPANIAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA "**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:


Ennie Analee Villatoro Martinez

CARNÉ No.200321139

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Sonia Del Carmen Molina Ortiz y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



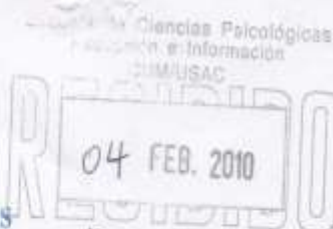
/Gaby



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-43, Zona 11 Edificio "A"
TEL: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: scapsc@usc.edu.gt



Firma: *[Signature]* Hora: 14:15 Registro: 136-08

Reg. 136-2008
EPS. 193-2007

04 de noviembre del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Ennie Analee Villatoro Martínez, carné No. 200321139, titulado:

"ACOMPANIAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera
COORDINADORA DE EPS



/Dg.

c.c. Control Académico

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 136-2008
EPS.193 -2007

29 de julio del 2009

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Ennie Analee Villatoro Martínez**, carné No. **200321139**, titulado:

"ACOMPANIAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Sonia Del Carmen Molina Ortiz
Asesora-Supervisora



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: cumcpol@unac.edu.gt

Reg. 136-2008
EPS.193-2007

16 de septiembre del 2009

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Ennie Analee Villatoro Martínez**, carné No. 200321139, titulado:

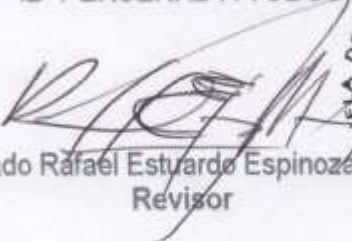
"ACOMPANIAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Revisor



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14

e-mail: uscpsic@usc.edu.gt

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg.136-2008

CODIPs.672-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

16 de abril de 2008

Estudiante

Ennie Analee Villatoro Martínez

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINCUGÉSIMO SEXTO (56o.) del Acta DIEZ GUIÓN DOS MIL OCHO (10-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de abril de 2008, que literalmente dice:

"QUINCUGÉSIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"VACÍO EXISTENCIAL Y PÉRDIDA DE SENTIDO DE VIDA, COMO CONSECUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO Y AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL DESFAVORABLE, EN EL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EVE QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ENNIE ANALEE VILLATORO MARTÍNEZ

CARNÉ No. 200321139

Dicho proyecto se realizará en la ciudad capital, asignándose a la Licenciada Claudia Castañeda, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente, y a la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA



/rut



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A. S.

AREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL
CENTRO DE SALUD CIPRESALES ZONA 6

Guatemala 28 de septiembre de 2009

Licda. Claudia Rivera
Coordinadora de EPS
Escuelas ciencias psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por medio de la presente hago constar que la estudiante: ENNIE ANALEE VILLATORO MARTÍNEZ, con número de carné 200321139, realizó su ejercicio profesional supervisado, titulado "ACOMPANIAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD NO. 16 DE LA ZONA 6 CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA"; en este Centro de Salud en las fechas comprendidas del 03 de marzo DE 2008 al 27 de febrero de 2009.

La estudiante Villatoro Martínez cumplió con responsabilidad, creatividad y entusiasmo los programas establecidos por la Escuela de Ciencias psicológicas y el Centro de Salud de la zona 6.

Y para los usos que al interesado convenga, se extiende la presente en una hoja de papel membretado de la institución.


Licda. Claudia Castañeda Villeda
Psicóloga Clínica Col. 1082



PADRINOS

Nery Rolando Martínez Alay
Licenciado Químico Farmacéutico
Colegiado No. 1,228

Rosa Pérez de Chavarría
Licenciada En Psicología
Colegiado No. 3,452

DEDICATORIA

A Dios, por mi firme convicción que todo lo que has permitido en mi vida, "bueno o malo", siempre me ha ayudado a bien y en que todo lo que vivo está bajo tu control y propósito para mí.

A todos aquellos que consciente o inconscientemente me han inspirado a saber más del comportamiento humano.

A todos aquellos que en las buenas o en las malas me han enseñado a creer que todo tiene un propósito especial, mi vida no es la excepción.

A todos aquellos que siempre me han apoyado y animado aun cuando yo misma he querido desistir.

Y a todos aquellos a los que amo y aprecio.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción	
Capítulo I Antecedentes	1
1.1 Monografía del Lugar	1
1.2 Descripción de la Institución u Organismo Requirente	5
1.3 Descripción de la Población Atendida	11
1.4 Planteamiento del Problema	12
Capítulo II Referente Teórico Metodológico	14
2.1 Marco Teórico	14
2.2 Objetivos	25
2.2.1 Objetivo General	25
2.2.2 Objetivos específicos	25
2.3 Metodología de Abordamiento	26
2.3.1 Subprograma de Investigación	26
2.3.2 Subprograma de Docencia	27
2.3.3 Subprograma de Servicio	27
Capítulo III Presentación de Actividades y Resultados	29
3.1 Subprograma de Investigación	29
3.2 Subprograma de Docencia	34
3.3 Subprograma de Servicio	42
3.4 Otras Actividades	48
Capítulo IV Análisis y Discusión de Resultados	49
4.1 Subprograma de Investigación	49
4.2 Subprograma de Docencia	51
4.3 Subprograma de Servicio	52
4.4 Análisis de Contexto	54
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones	56
5.1 Conclusiones	56
5.1.1 Conclusiones Generales	56

5.1.2 Subprograma de Investigación	56
5.1.3 Subprograma de Docencia	57
5.1.4 Subprograma de Servicio	58
5.2 Recomendaciones	59
5.2.1 Recomendaciones Generales	59
5.2.2 Subprograma de Investigación	59
5.2.3 Subprograma de Docencia	60
5.2.4 Subprograma de Servicio	60
Bibliografía	61
Anexos	62

RESUMEN

El presente informe de EPS titulado **"ACOMPAÑAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES – EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA"**; ha sido realizado con el objetivo de contribuir en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor de dicho grupo, a través conocer e investigar cómo viven el sentimiento de vacío existencial y la implementación de talleres y servicio psicológico individual.

Se trabajó, principalmente, con el Adulto Mayor cuyo grupo está integrado por varias personas de la tercera edad, muchos de ellos con problemas psicosociales, que le han llevado a una calidad de vida baja, y en los cuales las situaciones propias del envejecimiento, así como el ambiente familiar y social desfavorable les ha llevado a tener un sentimiento de pérdida en el sentido de la vida o a mal encaminar sus deseos de vivir; por lo que se trabajó con la teoría de Viktor Emil Frankl, del sentido de la vida y la logoterapia.

La experiencia fue dividida y realizada en tres subprogramas:

1. **Subprograma de investigación**, en el cual se investigó y describió cómo influye el entorno familiar y social en el sentimiento de vacío existencial del Adulto Mayor del grupo EVE, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva y se utilizaron técnicas como discusión de grupos y la observación no estructurada. Desarrollando documentos de recolección de datos, una guía de observación y un cuestionario de preguntas generadoras de la discusión.
2. **Subprograma de Docencia**, en el cual se desarrolló talleres que se impartieron al Adulto Mayor, brindándoles información que les permita desarrollar habilidades sociales como la comunicación, el trabajo en

equipo, el desarrollo del liderazgo, entre otras y talleres de desarrollo personal incluyendo en estos talleres el Sentido de Vida, así como la proyección de la película "La Vida es Bella".

3. **Subprograma de Servicio**, el cual se llevó a cabo en dos líneas, la principal para el presente proyecto fue el trabajo que se realizó con el Adulto Mayor, que al inicio se pretendía utilizar las técnicas de la logoterapia, para evaluar el sentido de vida de cada uno de los pacientes y encaminar ese sentido de vida hacia la trascendencia, sin embargo al ver la poca participación a la convocatoria de terapia individual por este grupo, se optó por trabajar técnicas de psicoterapia de grupo, las cuales contribuyeron de gran manera en el desarrollo personal de cada participante, así como del Sentido de Vida de cada uno de ellos. La otra línea tuvo como objetivo brindar apoyo psicológico a personas en general, que lo solicitaba o eran referidos por el médico del Centro de Salud e incluso por los padres y maestros de las escuelas aledañas, teniendo mayor afluencia de población infantil de sexo masculino, la mayoría con problemas de conducta que repercutían en su rendimiento escolar, la mayoría causadas por disfunción familiar.

Se logró llegar a un buen término del proyecto, alcanzando los objetivos propuestos.

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, el tema del adulto mayor ha tomado auge en la actualidad es de mucha importancia debido a que las personas que integran este grupo social son personas importantes, importantes por su sabiduría, importantes por sus conocimientos, importantes por los valores que representan y enseñan a las nuevas generaciones, importantes por el valor y el rol que juegan nuestros abuelos para cada uno de nosotros.

Lamentablemente, también en la actualidad, se ve la situación, muchas veces, precaria en la que estas personas viven, debido a las diferentes situaciones en sus vidas, y cómo los valores familiares y sociales se van perdiendo y no somos capaces de reconocer la importancia que algunos grupos vulnerables, tienen dentro de nuestra sociedad e incluso en el seno de nuestras familias. El Adulto Mayor tiene un propósito, un sentido de ser dentro de nuestra familia y sociedad, por eso es lamentable ver como muchos de ellos ante la actitud de los que le rodean y ante su sentimiento de aislamiento e inutilidad, pierden este Sentido de Vida y se llegan a sentir deprimidos, olvidados, desvalorados. Es por eso que el proyecto de EPS, se planteó sobre el **"ACOMPÑAMIENTO AL ADULTO MAYOR DEL GRUPO EJERCITÁNDONOS VENCEREMOS ENFERMEDADES -EVE-, DEL CENTRO DE SALUD No. 16 DE LA ZONA 6, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE SUS CONDICIONES DE VIDA A TRAVÉS DE LA REORIENTACIÓN DE SU SENTIDO DE VIDA"**, es un aporte a la sociedad con el cual se logró el objetivo general de contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor a través de conocer e investigar cómo viven el sentimiento de vacío existencial y la implementación de talleres, y así se pudo fortalecer el Sentido de Vida de muchos de los participantes a través de actividades planificadas de tal forma que cada uno de ellos conocieran dicha importancia que tienen como personas activas dentro de sus familias y la sociedad.

También se contribuyó con el fortalecimiento de la salud mental de algunos de los habitantes de áreas aledañas al Centro de Salud, a través de la aplicación del proceso terapéutico, dentro del programa de servicio propuesto y llevado a cabo en este proyecto, trabajando especialmente con niños de sexo masculino, con los cuales se logró mejoras significativas en su conducta y rendimiento escolar, resaltando que la mayoría de casos referidos, se observó problemas de dinámicas familiares disfuncionales.

Es importante que el Centro de Salud continúe brindado el servicio psicológico a las personas que así lo requieran, así como la implementación de programas como el del Adulto Mayor, para fortalecer la salud mental de los pobladores de su comunidad.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR:

Guatemala tiene una extensión de 108.889 km². La división política administrativa está organizada en 22 departamentos y 334 municipios con 20.485 lugares poblados. La población estimada para el 2008 fue 13.677.815 habitantes, 65% vive en el área rural. La densidad de población es 126 habitantes por km²¹. Los indígenas constituyen 48% de la población. En el 2007 el crecimiento demográfico anual fue de 1,0% anual. El 44,0% de la población era menor de 15 años y *5,3% tenía 60 años y más*. La esperanza de vida fue de 69 años.

En 2006, se registraron 42,021 defunciones, la tasa de mortalidad estimada para el 2007 fue de 5,27. La tasa de natalidad estimada para el 2007 fue de 29,09, la tasa de fecundidad estimada fue de 3.7 hijos por mujer. En el perfil cultural Guatemala cuenta con un 71.2 % de alfabetismo, estimado para el 2002 y con una población predominantemente profesante de la religión católica.

La situación socioeconómica es bastante precaria, ya que el 75.5% de la población vive en estado de pobreza, y la proporción se eleva para la población rural e indígena. Además de las condiciones de pobreza, el aislamiento geográfico, las deficiencias en la dotación de agua y saneamiento básico, la baja cobertura educativa y la escasa proyección de la red de servicios se reflejan en un perfil sociosanitario de elevada precariedad. Con el surgimiento de las iniciativas para lograr una mayor eficiencia de los sistemas de servicios de salud.

Guatemala es básicamente montañosa, pero en el Norte se encuentra el Petén, una zona baja y selvática abundante en maderas preciosas, árboles

¹ <http://es.wikipedia.org>

productores de chicle y petróleo. Dos ramales montañosos entran en Guatemala: uno por Niquihuil, en San Marcos (sistema de la Sierra madre) y el otro por Huehuetenango (sistema de los Cuchumatanes). El primero, de 260 km., corre paralelo al Pacífico y desarrolla la altiplanicie central, asiento de las ciudades de Guatemala, Antigua, Sololá, Santa Cruz, del Quiché y Chimaltenango, Guatemala tiene numerosos volcanes, de los cuales el más elevado es el Tajumulco (4,220.36m.). Los ríos guatemaltecos corren por las vertientes del Pacífico y del Atlántico (Golfo de Honduras y Bahía de Campeche). El paz marca parte de los límites con El Salvador; el Suchiate y el Usumacinta (éste último fue importante medio de comunicación de los mayas) marcan la frontera con México; el Polochic tributa al lago Izabal, que a su vez desagua por medio del río Dulce en la bahía de Amatique. Muchos de los lagos son de origen volcánico y gran belleza. El Atitlán, a 15,62 m de altitud y con diversas islas, es el más famoso. La precipitación anual promedio es de 1,316mm. Por su ubicación tropical y relieve montañoso, Guatemala goza de variedad de climas, pero sin extremos de frío o calor.

La capital de Guatemala, cuyo nombre completo es La Nueva Guatemala de la Asunción es la ciudad más populosa de América Central, así como la cabecera del departamento de Guatemala. La población de la Ciudad de Guatemala es de 3,942,348 (más de 5 millones de personas transitan diariamente por la capital guatemalteca entre ellos nacionales y extranjeros) según el censo del año 2002. La ciudad está localizada en un valle en el área sur central del país, lo que a veces puede causar que la contaminación del aire se concentre en la ciudad.

Aunque actualmente la Ciudad de Guatemala ya sobrepasó sus límites jurisdiccionales y la Capital de la República suele llamársele Área Metropolitana de Guatemala (o AMG), que lo conforman los municipios de: Guatemala, Villa Nueva, San Miguel Petapa, Mixco, San Juan

Sacatepéquez, San José Pinula, Santa Catarina Pinula, Fraijanes, San Pedro Ayampuc, Amatitlán, Villa Canales y Chinautla.

La ciudad cuenta con una población diversa, predominantemente de origen español y mestizo, además existe grupos indígenas importantes y sectores de alemanes, judíos, coreanos y de diversos países centroamericanos y sudamericanos. La población sigue creciendo con la llegada de inmigrantes indígenas de departamentos en otras partes del país, como ciudadanos de la unión europea, Estados Unidos, México, Centroamérica, Colombia, Caribe, China Popular y China Taiwán principalmente, además de pequeñas poblaciones de coreanos del extranjero y de países de África y Sudamérica entre ellos Brasil, Venezuela, Chile, Argentina, Ecuador, Sudáfrica, Marruecos, Israel, República del Congo.

Los Principales grupos sociales que habitan en la capital Guatemalteca son:

- Ladinos 44%
- Indígenas 10%
- Extranjeros Documentados 19% (Principalmente se acentúan en la ciudad colonias de residentes provenientes de Canadá, Estados Unidos, Colombia, Brasil, Israel, Corea, China Popular, Taiwán, España, Alemania, Inglaterra, Suiza, Italia, Francia, Dinamarca, Argentina, Chile, Arabia Saudita, Marruecos, Líbano y República Popular del Congo)
- Extranjeros No Documentados con Residencia Centroamericana 20% (Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica sobresale la inmigración de ciudadanos provenientes de El Salvador, Honduras y Costa Rica lo mismo ha contribuido a elevar el índice de delincuencia y prostitución en la capital de la república)
- Extranjeros No Documentados en la ciudad: 7% Provenientes en su mayoría de Cuba, Haití, Bolivia, Ecuador, Rusia, Polonia, Ucrania, Nigeria y China Popular.

Geográficamente la ciudad de Guatemala tiene una Altitud de 1.499 metros, una Latitud de 14° 37' 15" N y una Longitud: 90° 31' 36" O.

La Ciudad está dividida en 25 zonas, lo cual hace muy sencillo encontrar direcciones, plan urbanístico diseñado por el Ingeniero Raúl Aguilar Batres. A diferencia de otras grandes ciudades, Guatemala tiene una estructura cuadrada que se expande en todas las direcciones lo cual es una característica importante del urbanismo neoclásico de principios de siglo. La ciudad posee muchas avenidas y bulevares amplios y decorados; como la "Avenida La Reforma", "Vista Hermosa", "Los Próceres" entre otros. Su trazado antiguo y su ubicación (un valle rodeado de barrancos profundos) hace que las vías de acceso principales sean pocas, lo cual causa una severa congestión de tráfico, al igual que el desarrollo de otras áreas antes tomadas como marginales como la Ruta al Atlántico entre Zona 17 y 18, zona que ha demostrado un especial poder comercial en estos últimos años, comparado con el de carretera a El Salvador. Una de estas 25 zonas es la zona 6 ubicada al norte de la ciudad capital y que se caracteriza por ser una zona comercial y muy transitada debido a que cuenta con una de las principales calles de la ciudad como lo es la calle Martí que es parte del periférico. A la vez cuenta con un centro comercial Mega Seis, con la empresa Cementos Progreso y con el Estadio La Pedrera o Cementos Progreso, también cuenta con varios comercios y mercados.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN U ORGANISMO REQUIRIENTE:

En Guatemala, en la esfera pública de la acción en salud participa, en primer término y con calidad de rectoría en el sector, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Le sigue en importancia el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Las municipalidades participan en el sector salud en razón de que algunas de ellas tienen dispensarios y farmacias para la atención de población abierta en su jurisdicción. Además, existe una red de servicios dedicados a la atención de las fuerzas armadas, que forman parte del Ministerio de la Defensa y están a cargo de la dependencia denominada Sanidad Militar. El Ministerio de Gobernación, al cual se adscribe la Policía Nacional, opera un hospital para los efectivos de este cuerpo de seguridad. Finalmente, la inversión en salud ha crecido como cuatro Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala consecuencia de los Fondos Sociales, constituidos para combatir la pobreza y favorecer el desarrollo regional.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está integrado en cuatro niveles básicos: El Nivel Superior o Despacho Ministerial; la Dirección General de Servicios de Salud que interpreta las políticas ministeriales normándolas a través de sus Divisiones técnico-normativas, al nivel técnico-administrativo que conforman 27 Jefaturas de Área de Salud y por último el nivel operativo formado por los hospitales, clínicas periféricas, centros de urgencias, maternidades cantonales, *centros de salud* y los puestos de salud, establecimientos que proveen atención sanitaria a la población. La estructura de organización anterior está respaldada por el Acuerdo Gubernativo No. 741-84, de fecha 10 de septiembre de 1984.

Es precisamente en uno de los centros de salud en que se llevó a cabo el presente proyecto, se habla del Centro de Salud No. 3 de la zona 6 de esta ciudad capital, se fundó el 24 de julio del año 1,978 por acuerdo Gubernativo y en base a las políticas del Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social, se encuentra ubicado actualmente en la 21 Ave. 13-75 de la zona 6, es una institución pública, ya que su fuente de financiamiento proviene del Ministerio. Sus prestaciones de servicio son gratuitas, dirigidos a la población de los diferentes sectores de la zona 6, niños, jóvenes, adultos en especial mujeres amas de casa, trabajadoras comerciales del sexo y adulto mayor con acciones integradas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, en un horario de 7:00 a 15:30 horas de lunes a viernes.

Visión

El Centro de Salud No. 3 de la zona 6, es una organización líder en salud, que cuenta con un modelo de atención y funcionamiento moderno y flexible, centralizado en una atención de calidad hacia el usuario, con recurso humano eficiente, eficaz, capacitado y socializado técnica y profesionalmente con una cultura abierta al cambio de actitud y comportamiento organizacional, comprometidos a cubrir las demandas de la comunidad.

Misión

Garantizar la atención médica integral en forma permanente y gratuita a través del fortalecimiento de los diferentes servicios y departamentos técnicos y administrativos, orientados a contribuir al mejoramiento de la atención a los usuarios.

Principios

Eficacia, eficiencia, calidad y calidez en la presentación de servicios. Los servicios están encaminados a satisfacer la necesidad del paciente.

Objetivos

- Impulsar acciones de prevención y educación, asegurando la organización y participación comunitaria.
- Planificar y ejecutar programas orientados a la promoción, prevención y recuperación de la salud, a través de la vigilancia epidemiológica.

- Mejorar las condiciones de salud de la población de la zona 6 del municipio de Guatemala, especialmente del grupo materno infantil, la población urbana marginal, el adulto mayor y áreas de mayor postergación.

Estrategias

- Implementación de sistemas de comunicación efectiva.
- Desarrollo de un proceso de educación permanente en salud.
- Aplicar los principios y eficacia, calidad y calidez en la presentación de servicios.
- Servicios orientados a satisfacer las demandas del paciente.

Los servicios que proporciona el Centro de Salud son:

1. **Recepción:** encargado de llevar el control de archivo de los pacientes, correspondencia, gestiones de licencias sanitarias y tarjetas de salud.
2. **Clínica de Pre-consulta:** atendida por una enfermera auxiliar, su función es tomar los signos vitales, talla, peso, temperatura corporal y presión sanguínea, a la vez evaluar las emergencias.
3. **Consulta Externa:** brinda la orientación en cuanto al servicio médico, psicológico y social a la población en general a niños (as), personas jóvenes, adultos y de la tercera edad. Brinda el servicio de Control Pre y Post Natal de las mujeres, entre otros servicios como el examen de papanicolau, exámenes relacionados con la salud-enfermedad de las mujeres, y métodos anticonceptivos.
4. **Clínica Odontológica:** brinda el servicio de evaluación, extracción de molares y/o incisivos, realizan programas de salud bucal y fluorización en las escuelas, como parte de escuelas saludables.
5. **Clínica de Post-Consulta y Tratamiento:** se lleva el control del paciente y se le orienta acerca de los tratamientos asignados por el médico.
6. **Farmacia:** Proporcionando el medicamento disponible de forma gratuita.

7. **Clínica de Hipodérmia:** presta el servicio de vacunación de niños y niñas comprendidos entre las edades de a menores de 5 años, a mujeres en edad fértil. Así mismo tratamientos inyectados, curaciones y cirugías menores.
8. **Laboratorio:** se encarga de realizar exámenes de VIH, baciloscopias, bk para tuberculosis, frotos vaginales, glucosa, heces, orina y sangre, con el fin de orientar un buen diagnóstico médico.
9. **Área de Trabajo Social:** Se encarga de la coordinación de las actividades de promoción y educación en salud, así como de la coordinación, en conjunto con la clínica Psicológica, de los proyectos de escuelas saludables y en el programa del adulto mayor, se encarga de la parte organizativa del grupo. Dicho trabajo se coordina con los estudiantes de Trabajo Social y Psicología de distintas Universidades.
10. **Clínica de Psicología:** brinda el servicio psicoterapéutico a nivel individual y grupal, asesoría y orientación a padres de familia, maestros, y personas que soliciten el servicio, coordina junto con trabajo social, los programas de escuelas saludables, el adulto mayor, educación sexual en profilaxis.
11. **Saneamiento Ambiental:** encargado de la supervisión de la salud proporcionando servicio de vacuna contra la Rabia, ETAS "Enfermedades de Transmisión Alimenticia", Control del agua, Desechos Sólidos (basureros clandestinos), Excretas y supervisión en los mercados aledaños.
12. **Sala de Espera:** En la que por las mañanas se da una charla a las personas que esperan ser atendidas.
13. **Farmacia PROAM:** el programa de accesibilidad de medicamentos fue creado en 1997 para asegurar el acceso de toda la población a medicamentos, que no se encuentran en la farmacia del centro de salud, de calidad y bajo precio.

Los programas que lleva a cabo el Centro de Salud se establecen en un orden de prioridad, relacionado con el área geográfica donde se encuentra ubicado, clasificándolos como de primera, segunda y tercera prioridad.

Primera:

1. Mortalidad Materno-Neonatal
2. Infecciones Respiratorias Agudas.
3. Enfermedades Transmitidas por agua y alimentos.
4. Desnutrición.
5. Enfermedades transmitidas por vectores.
6. Inmunoprevenibles.

Segunda:

7. Rabia.
8. ITS/VIH/SIDA
9. Tuberculosis
10. Accidentes y Violencia.
11. Enfermedades crónico degenerativas.
12. Situación de Desastre (en lo cual tuvieron un fuerte trabajo en el año 2007 debido al hundimiento de parte del Barrio San Antonio, colonia aledaña al centro de salud).

Tercera:

13. Salud Mental.
14. Intoxicaciones por Plaguicidas.
15. Enfermedad Buco dental.

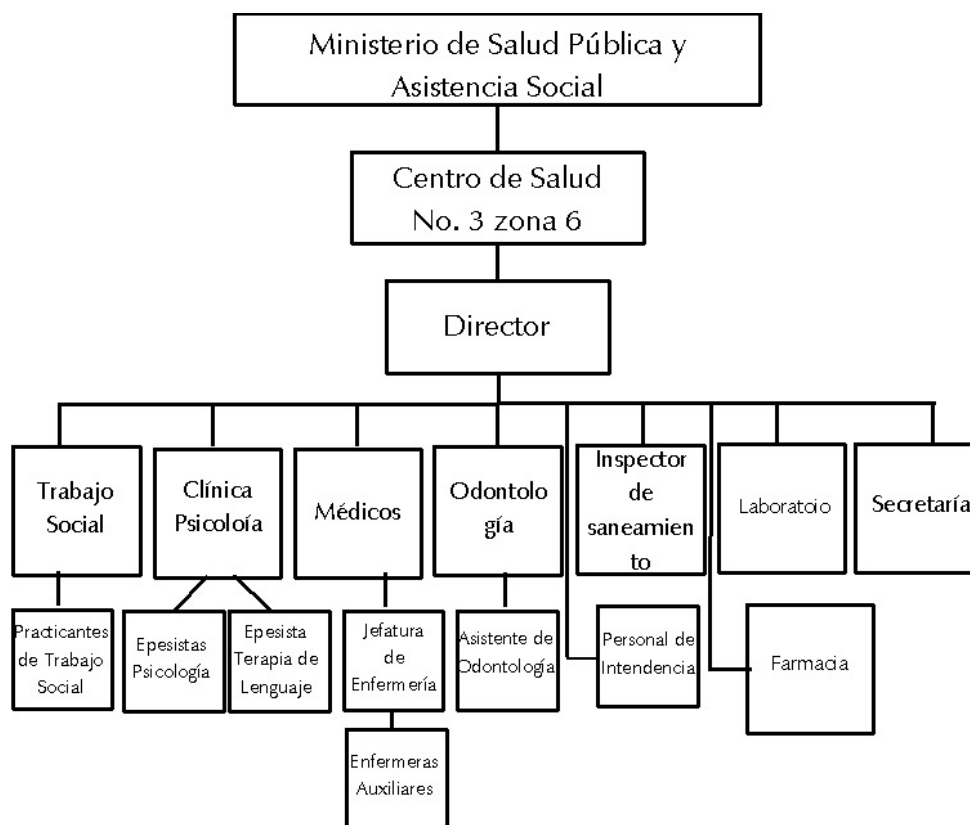
Personal Técnico Administrativo Centro de Salud No.3 de la Zona 6:

- 1 Médico Director
- 2 Médicos de 8 horas
- 2 Médicos de 4 horas
- 1 Odontólogo de 6 horas
- 1 Odontóloga de 4 horas

- 1 Psicóloga
- 1 Trabajadora Social
- 1 Inspector de Saneamiento Ambiental
- 1 Enfermera Profesional
- 6 Auxiliares de Enfermería
- 2 Técnicos de Laboratorio
- 3 Secretarias
- 1 Estadígrafo
- 1 Asistente Dental
- 1 Encargado de Bodega
- 3 Epesistas de Psicología
- 1 Epesista Terapia de Lenguaje
- 1 practicante de Psicología
- 1 Practicante de Trabajo Social
- 2 Conserjes
- 2 Guardianes

Organizado el servicio en 2 turnos, el primero a las 7:00 a.m., y el segundo a las 10:00 a.m. La proyección del Centro de Salud es social, por lo que se trabaja con diversos programas encaminados a las necesidades de la población, brindándoles una salud integral a través de los cumplimientos de las leyes del marco constitucional y legal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Organigrama de la institución



1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

El Centro de Salud cuenta con un programa de atención al adulto mayor denominado Ejercitándonos Venceremos Enfermedades Grupo EVE, dicho grupo está integrado por las personas de la Tercera Edad, que asisten al Centro de Salud. Dicho grupo se inició el 4 de junio del año de 2004 por iniciativa del Director del Centro de Salud, la trabajadora social y la epesista de Psicología Gloria de Jesús Bances. Dicho grupo realiza actividades deportivas como el Tai Chi y gimnasia, también cuenta con un grupo folklórico y asisten a eventos promocionados por el Ministerio de Cultura y Deportes. La población que se atendió está comprendida por 7 hombres y un aproximado de 30 a 35 mujeres, la cantidad de estas personas varía, (ya que por ciertos períodos se presentan o se retiran debido a diversas circunstancias personales), entre las edades de 50 a

más años de edad, procedentes de diversos lugares y áreas cercanas como lo son la colonia El Carmen, Los Ángeles, La Fraternidad, Las Alondras, El Barrio San Antonio, San Juan de Dios, 30 de Junio, La Reinita, Proyecto 4-3, Proyecto 4-4, Proyecto 4-10, Bienestar Social, La Pedrera, El Quintanal, José Antonio Márquez Noruega, El Ejército, Casco Urbano, La Ermita, Cipresales y Residenciales Cipresales. Así mismo se formaron asentamientos; La Paz, El Carmen, Jesús de la Buena Esperanza, La Joyita, Barrio San Antonio, Joyita San Juan, Santiago de los Caballeros, El Esfuerzo, 19 de Mayo, Renacer, 25 de Noviembre, Próspero Penados, Divina Pastora, Luz de la Mañana, Jordán y Los Ángeles.

La población atendida pertenece a grupos mayoritariamente ladinos y mayas, siendo de escasos recursos económicos, algunos de ellos aún laboran en ventas y otras ocupaciones. La mayoría de personas que asisten al grupo no cuentan con el apoyo de sus familiares en actividades, tanto del Centro de Salud como del Ministerio de Cultura y Deportes, así como el apoyo en su esfuerzo de mejorar su salud física y emocional. Muchos tienen estructuras familiares de tal forma que se encuentran viviendo con uno de los hijos en condiciones desfavorables y muy pocos viven aún con sus cónyuges en su propia casa.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

“En Guatemala, un gran número de ancianos sufre de pobreza, enfermedades crónicas, falta de vivienda, maltrato, falta de educación y aislamiento, entre otros”.²

Como analizaremos más a fondo en el marco teórico, el adulto mayor tiene una serie de cambios en esta etapa del desarrollo, tanto física, emocional y socialmente. Sin embargo cada uno de estos cambios están relacionados entre sí de tal suerte que por ejemplo en lo físico se va perdiendo una

² BLAS, Ana Lucia; artículo “**Quieren política para Adultos Mayores**”; Prensa Libre; Guatemala, Guatemala; 13 de abril de 2005.

serie de habilidades motrices, los movimientos son más lentos, se tiene debilidad, etc.; lo cual repercute en su desempeño social, por ejemplo en el trabajo por lo cual puede llegar a perderlo o bien a ser jubilado, esto a su vez repercute en lo emocional posiblemente trayendo consigo un sentimiento de inutilidad que es reforzado, la mayoría de veces, por las actitudes familiares. Si el adulto mayor no ha tenido una vida plena, una autorrealización, combinado con ejercicio físico, buena alimentación y un ambiente familiar y social favorable, estos cambios pueden llevarle a un desequilibrio difícilmente recuperable, estados depresivos y de baja autoestima que vienen tomados de la mano con la pérdida del sentido de vida de la cual hablaba Viktor Frankl.

En el Centro de Salud se realizó una discusión dirigida con el grupo EVE, con el cual se trabajó, en la que se les hizo algunas preguntas relacionadas con su entorno familiar, su comunidad y acerca de qué factores negativos encontraban en su diario vivir, surgieron muchas inquietudes, varios comentarios, diversas experiencias, sin embargo se constató que la mayoría de personas de la tercera edad que asisten al grupo identifican problemas de irrespeto y maltrato hacia ellos, tanto en su núcleo familiar como en su comunidad, lo cual contribuye de forma negativa en su desenvolvimiento personal, en su relación con las demás personas y en su autoestima y autopercepción, provocando un sentimiento de vacío existencial y paulatinamente la pérdida del sentido de la vida. No es desconocido para nadie que el adulto mayor ha sido una población vulnerable al maltrato en todas sus expresiones. Así también se pudo observar que muchos de los miembros del grupo tienen malas relaciones interpersonales debido a que no pueden canalizar, ni expresar de una forma adecuada sus sentimientos. Muchos de ellos manifestaron actitudes propias de una persona con pérdida del sentido de la vida, mostrándose depresivos, negativos y pesimistas, ante actividades y sus relaciones con los demás.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 MARCO TEÓRICO

En la actualidad se utiliza el término de Adulto Mayor, para referirnos a aquellas personas cuya edad está situada a partir de los 60 años. Sin embargo en nuestra cultura y sociedad guatemalteca algunas personas tienen características de envejecimiento varios años antes. La tercera edad es una etapa del desarrollo de la persona en la que hay una serie de cambios de tipo físico, psicológico y social, que se van presentando con el paso del tiempo. Los cambios físicos se manifiestan en todos los aspectos desde los más obvios como son que la piel va perdiendo su elasticidad, y aparecen por lo tanto arrugas, en el cabello se pierde el color o bien el cabello mismo, cambios físicos evidentes por mencionar algunos, también se tienen cambios físicos de sus órganos internos.

Los cambios emocionales o psicológicos que sufren las personas Adultas Mayores, se deben a varios factores como pudieran ser, la falta de aceptación personal de los cambios físicos e integrarlos como una nueva forma de vivir con ellos, influyendo de alguna manera en el estado de ánimo.

Cambios en la relación con los objetos anteriores: no se entiende por objeto lo inanimado, también a las personas; la persona que llega a este nivel de madurez tiene que aceptar las realidades deficitarias: disminución de la memoria reciente y aumento de la memoria de evocación o nostalgia; reducción de la curiosidad intelectual, fatiga en el trabajo, disminución sensorial, motriz; todo esto perturba la vida habitual, y ahora tiene que crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse a la nueva realidad; ha de dar a los objetos otro valor, otra dimensión; ha de

buscar la gratificación o salida a sus tensiones o encontrar otras formas o renunciar a ello.

Sus reacciones y conductas pueden ser variadas, pueden regresar a épocas anteriores (infantilismo)³ o superar lastres y lograr un nuevo equilibrio de fuerzas contrapuestas. Esto es claro en los cambios de carácter, de conducta, en las necesidades de dominio y auto-afirmación. Debido a la nueva situación física como debilidad, entre otras y el ámbito social, la personalidad del adulto mayor se vuelve frágil y se siente vulnerable y los sentimientos pueden centrarse en el temor. Puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente.

Por otro lado la influencia familiar y social es muy importante puesto que la familia puede hacer sentir al adulto mayor como inútil, que ya no es apto para realizar actividades, y esto hace que la persona se sienta incapaz y en ocasiones caiga en depresión, "La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) confirma la hipótesis sobre la fuerte dependencia de los adultos mayores al apoyo que reciben de sus familiares. Los adultos con menor nivel de estudios residían, con o sin pareja, con sus hijos casados. Las personas sin pareja que residen con hijos casados y otros familiares y no familiares, son las que muestran un mayor grado de deterioro, 40%."⁴, socialmente también el hecho de jubilar a una persona y negarle la oportunidad de seguir trabajando influye en forma importantísima en su estado de ánimo y autoestima, repercutiendo tanto en la salud física como en su estado emocional.

Todo esto provoca algunas manifestaciones negativas en el comportamiento del adulto mayor. Como por ejemplo:

³FISKE, Maryorie; **Edad Madura ¿Lo mejor de la Vida?**; Editorial Multimedia Publicaciones, Inc.; Holanda, 1979. Pág.13

⁴ NOVELO DE LÓPEZ, Hilda Irene; **Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la Última Década**; MSP. Facultad de Salud Pública y Nutrición; Monterrey Nuevo León, México; 2003

Aislamiento: se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales.

Apegamiento a sus bienes: conserva todo, en la postura permanente de retener, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad; una explicación de por qué algunos padres no son capaces de compartir con sus hijos aún cuando sea conveniente. La fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica.

Refugio en el pasado: al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación, la vida se llena de recuerdos; es forma de revalorizar el pasado en el presente, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás.

Reducción de sus intereses: la vida le enseñó a ser realista y esto unido a la dificultad de asumir la complejidad de las nuevas opciones posibles, hacen que se limite el mundo al ámbito de lo que puede controlar; al tiempo que disminuye la capacidad de agresión, conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción.

Negarse al cambio: Al enfrentarse con los esfuerzos de adaptación, aparece un temor consciente de rechazo al cambio y traslado a una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda porque los mecanismos de defensa para sobreponerse son limitados, a la vez que así limita aún más.

Agresividad y hostilidad: Cuando se presenta la necesidad de reacomodar a las personas y cosas, aparece como recurso y puede ser la única posibilidad de refugio para mantener intocable y estable el "yo".

El adulto mayor debe enfrentarse a muchas situaciones en su diario vivir que lo llevan a tener una serie de sentimientos y emociones que, de no ser bien orientadas con ayuda de su familia, le son difícil de controlar para

lograr un equilibrio y llevar una vida plena. Entre estos se encuentra *el Miedo*: como emoción es algo que se impone al adulto mayor, sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que siente, miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física, tras años de lucha profesional para conseguir una estabilidad económica. Esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia; además desea conservar el prestigio.

El adulto mayor teme que le quede poco tiempo: debe crear, debe proyectar realidades, ha de trascender y dejar huella; suele aparecer el temor al daño físico, como hipocondría que le hace estar atento a cualquier trastorno, teme excederse y no resistir un ritmo fatigante y reaparecen los temores adolescentes de hacer el ridículo, se afecta en su narcisismo.

El daño emotivo que se acerca le agobia y su reacción resulta dramática, no menos real. La previsión en este terreno, sólo puede lograrse si otros contenidos más hondos le han dado plenitud y conciencia del propio valor.

La cólera: emoción básica, poco estudiada y muy mal tratada, adentra sus raíces en el conjunto de las emociones que la filosofía tradicional ha denominado virtudes o pulsiones irascibles que se vinculan a la agresividad.

En el adulto mayor la cólera aparece cuando el mundo "lógico y ordenado", que se ha construido tras años de lucha, se ve alterado por "algo" que no encaja; cólera difícil de controlar porque nace en capas hondas del ser humano. Lo que la desata es aquello que le resulta ilógico, inesperado y carente de sentido, no es el dato objetivo lo que le molesta, sino el torbellino emotivo que remueve tal dato. La emotividad queda como desamparada, con peligro de desencadenar, otra vez, la agresión física o la verbal, porque son los modos aprendidos.

Es la explicación a conductas de crisis agresivas, protestas colectivas verbales, en una sociedad afectivamente mediocre y emotivamente

envejecida; la cólera del adulto mayor se acrecienta ante su propio sentimiento de impotencia, frente a la gran máquina que impide sus sueños. No encuentra la salida en la creatividad y la originalidad, entonces vivirá en permanente cólera.

La ternura: es la emoción más compleja y en la edad adulta se hace práctica, identificando lo práctico con lo pragmático, lo rentable, que da beneficio o reporta una ventaja sin ser “interesada”, es más sosegada, agrídulce, como dar sin apenas esperar, lo que no le quita emotividad.

Aparece un amor incondicional, que sabe dar, quiere dar, que sabe renunciar sin angustia ni ira, éste es el carácter práctico; no es ternura sexualizada y erotizada, sino una ternura madura y coherente, precedida por el principio de la realidad y no por el del placer y del interés. No es puro egoísmo, tampoco altruismo total; no pocas veces buscará ser atendido, escuchado, comprendido y en otras demostrará que sabe atender, escuchar y comprender; resulta que está buscando, sin saber, un modo “práctico” de llenar su necesidad de ternura.

La ternura está implicada con el miedo, el adulto mayor ama y es tierno, aunque teme dominar y desea conquistar con la misma ternura. Puede canalizar su afecto hacia quienes le aseguren corresponder a su ternura.

Es un juego misterioso y enigmático que puede plantear tensiones conflictivas en el interior de la persona, al adentrarse en las zonas de identidad del “yo”. Y que si las supera, enriquecerá enormemente a la personalidad de quien la vive, será encontrar una nueva adaptación, un reajuste vital que logre un impulso más maduro, hondo y tierno.⁵

Es cierto que la madurez proporciona estabilidad, como también aparecen tensiones al buscar una nueva forma de vida y que tienen raíces profundas con tres manifestaciones psicológicas: tensión por frustración, agresividad compensatoria y adaptación progresiva.

⁵ <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=6891#autores>

La tensión por frustración se refiere a que todo ser humano está en crecimiento continuo y cualquier interrupción en este proceso lleva a una tensión, o un desajuste; esta interrupción puede ser por la presencia de un obstáculo físico, psíquico o social, o puede ser un conflicto derivado de la presencia de varios deseos de incentivos que no se alcanzan al mismo tiempo; esa tensión lleva a la frustración por no conseguir lo buscado.

La presencia de obstáculos obliga a buscar caminos de superación: el transitorio uso de mecanismos como defensas inconscientes, la aceptación más o menos soportada o el más sano, el de la adaptación equilibrada y eficaz

Hemos visto aspectos negativos de esta edad, y sobre todo los sentimientos derivados de la autopercepción que el individuo tiene de sí mismo al llegar la edad de su retiro y jubilación. Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a "problemas de la edad"; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de estabilidad y continuidad, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios. "La sabiduría, así averiguada, representa una manera específica de pensar, en la cual la persona de mayor edad es superior a la persona más joven".⁶ Por eso, el anciano, que ha podido vivir plenamente, al llegar a esta edad de la última etapa de su vida, sabe sustituir o compensar las pérdidas y defectos, por las ganancias y ventajas; se acomoda y adapta a las carencias, pero de ninguna manera renuncia a las conquistas.

En consecuencia el anciano, apoyado en experiencias previas que le han permitido desarrollar y consolidar sentimientos de autoestima, así como sentimientos positivos acerca del mundo y de las otras personas, es capaz

⁶LEHR, Ursula; THOMAS, Hans; **Psicología de la Senectud: Proceso y aprendizaje del Envejecimiento**, Editorial Herder, SC., Barcelona, España, 2003. Pág. 104

de mantener a estas alturas de su vida, los sentimientos básicos para un ideal funcionamiento y una saludable existencia psíquica hasta el fin de sus días:

- a. "Sentimiento de Eupatía. Palabra griega que significa "sentirse bien". Consiste en sentirse y aceptarse a sí mismo como radicalmente valioso. El sentimiento de empatía, al igual que el aprecio a sí mismo y la autoaceptación, significa que el sujeto reconoce sus cualidades y logros con sencillez, sin caer en jactancia ni fanfarronería. Al igual que reconoce sus fallas y errores, sin por eso sentirse frustrado ni fracasado. El hombre y mujer que entra en la tercera edad con sentimiento de empatía sabe mirar al pasado no para añorarlo nostálgicamente ni para quedarse anclado en el mismo, sino para aprovecharlo y sacar partido de las experiencias, tanto gratas como ingratas.
- b. "Sentimiento de Simpatía. Palabra griega que significa "sentir con". Consiste en sentirse bien con los demás y a causa de los demás. Por eso la persona simpática suele ser una persona sociable, acogedora, a la vez que sabe aprovechar sus espacios y ratos de soledad porque también necesita calar en la hondura de la propia intimidad. El anciano "simpático", en el auténtico significado psicológico de la palabra, es aquel que, desde la profundidad de su vida interior, es capaz de salir al encuentro de los otros, y tanto en ellos como en el resto del mundo encuentra lo que es positivo, digno de felicitación y aplauso.
- c. "Sentimiento de Autonomía. Palabra griega que significa "ser uno mismo"; lo contrario a la heteronomía, que es dependencia de los demás. Consiste en la convicción de que a pesar de las limitaciones físicas que puedan existir a causa de la edad o de otros motivos, yo valgo por mí mismo, por lo que soy y por lo que a pesar de todo puedo llegar a ser. Es autónoma, desde el punto de vista psicológico, toda persona que vive la experiencia de que en lo más profundo de sí misma sigue existiendo su propio ser como algo todavía no acabado. Ahora no

se trata tanto de proyectar cosas a realizar, sino de seguir creciendo como persona libre, liberada y liberadora.

d. "Sentimiento de Anástasis. Palabra griega que significa "levantarse, ponerse en pie". Consiste en sentir, experimentar, que a pesar del peso de los muchos años, nada me impide mantenerme en pie, y que no se puede dejar de crear, pensar, producir. El anciano que vive este sentimiento vence los prejuicios y estereotipos sociales según los cuales una persona mayor carece de resolución o de valor para enfrentar situaciones nuevas. Es la experiencia del que sabe y siente que la vida, el amor, es más fuerte que la muerte y "que el Señor endereza a los que ya se doblan" (Sal. 145, 8). Este sentimiento de anástasis es el que da también sentido a la muerte. Quien vive de esta manera anastasística, a encontrando el sentido de la vida hasta el último momento, es la persona que por lo mismo, experimenta que la muerte no tiene la última palabra, y es un hombre o mujer que irradia esperanza, y se prepara a "bien morir".⁷ O como lo describió Havinghurst (1963), Como "Un estado interno de contento y felicidad".⁸

Creemos que Viktor Emil Frankl hace un gran aporte para comprender la problemática del adulto mayor cuando no cuenta con las mejores condiciones de vida.

Frankl decía que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Uno podría preguntarse. ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida?

⁷ <http://www.ubiobio.cl/vitrina/Envejecim.zip>, Pag. 6 y 7

⁸ LEHR, Ursula; THOMAS, Hans; Op.Cit. Pág. 87

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

Viktor Emil Frankl, (26 de marzo de 1905 - 2 de septiembre de 1997) neurólogo y psiquiatra austríaco, de ascendencia judía, fundador de la Logoterapia. Sobrevivió desde 1942 hasta 1945 en varios campos de concentración nazis, incluidos Auschwitz y Dachau. A partir de esa experiencia, escribió el libro *El hombre en busca de sentido*. Fue allí y bajo condiciones de vida que "es muy fácil para quien nunca ha estado en un campo de concentración, hacerse una idea equivocada de la vida en él"⁹ que Frankl desarrolló su teoría del sentido de vida y la Logoterapia, esta concibe al hombre como un ser que está en búsqueda constante de sentido. Uno de los mayores problemas del hombre en la actualidad es encontrarse carente de significado, en un momento en que la tecnología se ha desarrollado enormemente que el hombre siente que lo empequeñece; al mismo tiempo es una época de angustia o aburrimiento. Se vive una fuerte "crisis de identidad o pérdida del sentido de significación". Cuando el individuo pierde su significación aparece una sensación de apatía, parecida a la descrita por Frankl, vemos personas morir a diario, ya sea en los medios de comunicación o en persona y no somos capaces de conmovernos como lo harían nuestros abuelos tiempos atrás. Se ha desarrollado lo que Frankl llamaba la neurosis Noogénica, que puede formularse de diferentes maneras, entre ellas ¿Cuál es el significado de mi vida? ¿Por qué vivimos? ¿Si tenemos que morir y nada es perdurable, para qué vivir? Gordon Allport escribió el prefacio del libro "El Hombre en busca

⁹ FRANKL, Viktor; **El Hombre en Busca de Sentido**; Editorial Herder, Versión en castellano, Duodécima edición, Barcelona, España, 1991. Pág.13

de sentido” y comenta que Frankl solía preguntar a sus pacientes aquejados de múltiples padecimientos más o menos importantes, la siguiente pregunta: ¿Por qué no se suicida usted? Y muchas veces de las respuestas que le daban extraía una orientación para ser aplicada la psicoterapia.¹⁰ En la Logoterapia no importa tanto hacer un exhaustivo análisis del pasado, sino se interesa en ponerle atención al presente y futuro, que es igual a tener esperanza. La logoterapia es una psicoterapia que se apoya principalmente en los recursos del espíritu, que la persona conozca y utilice estos recursos, que sólo existen en su espíritu, para hacerle frente a los problemas que la aquejan. Entre estos recursos se deben movilizar la libertad y la responsabilidad, está en condiciones de elegir, de hacerse cargo de los problemas que la aquejan. “Una persona que es capaz de elegir lo que necesita en función de sí misma y de los demás, y que puede hacerle frente con responsabilidad a los problemas que le plantea la vida, está en condiciones de vivirla plenamente, con sentido.” El logro del sentido pleno está en la trascendencia que consiste en dar lo mejor de sí mismo a los demás, y recibir yo lo mejor de mí mismo. La logoterapia habla de que la persona tiene una relación innata con Dios, regularmente equivocada, y promueve su búsqueda individual y honesta. Frankl definió la logoterapia como una educación destinada a fomentar la responsabilidad del individuo. Lo que haría un logoterapeuta es básicamente tres cosas: revelar al paciente el campo más amplio de “sentidos”, exhortarlo a tomar sus propias decisiones y educarlo para que asuma la responsabilidad de sus elecciones. Los principios de la logoterapia son que la vida tiene sentido bajo todas las circunstancias, que el hombre es dueño de una voluntad de sentido, y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla y que el hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia. Es

¹⁰ FRANKL, Victor; Idem. Pág.6

importante saber que el sentido último sostiene que las actitudes son las que le ofrecen al hombre con más viveza la oportunidad de encontrar el sentido profundo de la vida. Descubrir sentido en el sufrimiento, ciertamente no es fácil, sin embargo sólo si somos capaces de semejante proeza, es decir, cuando podemos transformar nuestro sufrimiento en un logro, tenemos un sentido último. Frankl decía que el sentido no se fabrica, sino que se descubre. No sólo las personas de la tercera edad pueden perder el sentido de la vida, sin embargo son personas que de una forma u otra esperan su muerte irremediable y en cualquier momento lo que les hace vulnerables a ese sentimiento de vacío, sin embargo ellos deben saber y desear trascender.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General:

Contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor que asiste al grupo EVE del Centro de Salud No. 16 de la zona 6, desde el interés en cómo viven el sentimiento de vacío existencial.

2.2.2 Objetivos Específicos:

Subprograma de Investigación:

- Conocer cómo influye el entorno familiar y social en el sentimiento de vacío existencial del adulto mayor que asiste al Centro de Salud.
- Explorar cómo influye el grupo y sus actividades en el fortalecimiento del Sentido de Vida de los participantes.

Subprograma de Docencia:

- Promover en el adulto mayor el conocimiento de sus fortalezas y su función dentro de la familia y la sociedad, a través de talleres.
- Desarrollar en el adulto mayor habilidades sociales y de trabajo en equipo efectivas para el grupo al que pertenecen y en la sociedad, por medio de actividades informativas.

Subprograma de Servicio:

- Contribuir con la salud mental del adulto mayor, así como al público en general, a través de brindar apoyo psicológico.

2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

2.3.1 Subprograma de Investigación:

Fase I: Planteamiento o formulación del tema a ser investigado.

En las semanas de visita de reconocimiento se realizó una discusión dirigida para identificar la problemática en común del grupo. Con esta información se determinó el tema que se investigó.

Fase II: Promoción e integración de grupos de trabajo.

En esta fase se brindó información de la investigación que se llevó a cabo. Y se realizaron visitas domiciliarias en las que se utilizó la observación estructurada, a través de una guía de observación, para conocer la situación familiar y social de las participantes.

Fase III: Diseño y Aplicación de Pruebas.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, en la que el objetivo es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Y su presentación de datos puede ser cualitativa y/o cuantitativa.

Por lo que en esta fase se recolectó datos utilizando diferentes métodos y técnicas de dicho tipo de investigación, una observación no estructurada, una discusión dirigida y un cuestionario base para una discusión de grupos que se realizó al finalizar la investigación. También se realizó un video de cómo ha ayudado el grupo en el afrontamiento de la pérdida del sentido de vida.

Fase IV: Análisis e interpretación de datos.

En esta fase se realizó un vaciado de la información recolectada, un análisis y se realizó las conclusiones y recomendaciones de la investigación del subprograma.

2.3.2 Subprograma de Docencia:

Fase I: Promoción.

En esta fase se realizó promoción al programa del adulto mayor en el Centro de Salud. A la vez que se realizó una descripción a las personas que ya integran el grupo, de lo que fue la metodología de trabajo, temas a trabajar, etc.

Fase II: Implementación de talleres.

En esta fase se impartieron los talleres planificados, realizando evaluaciones de logro en cada uno de ellos. Se trabajó temas que ayudarán al crecimiento y que promovieran cambios positivos en los participantes. Se evaluaba escuchando los testimonios de cómo les había ayudado alguno de los talleres, así como con la observación.

Fase III Evaluación.

Se evaluó el trabajo realizado y la forma en que los talleres han ayudado a los integrantes del grupo a través de una actividad especial, que fue una discusión en la que ellas expusieron cuánto les ha ayudado los talleres.

2.3.3 Subprograma de Servicio:

Fase I: Promoción.

En el caso del servicio psicológico con el adulto mayor se realizó la promoción en el Centro de Salud, así como con una visita domiciliar coordinada con el área de trabajo social.

Fase II: Evaluación y Diagnóstico.

En esta fase se recolectó los datos y se aplicó las pruebas necesarias para diagnosticar cada caso, no se tuvo respuesta del grupo del adulto mayor solamente se trabajó pocas veces con algunas de ellas.

Fase III: Servicio psicológico.

Se brindó servicio psicológico a toda persona que lo requería, y se realizaron planes de tratamiento de acuerdo a la problemática de cada caso.

Fase IV: Cierre de Casos.

Se reevaluó a los pacientes que estaban asistiendo, a aquellos que su caso no ameritaba un seguimiento se les cerró casos, y aquellos que requerían seguimiento se les refirió a diferentes lugares.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 Subprograma de Investigación:

Como ya se mencionó se realizó una investigación de tipo descriptiva, la cual inició en la segunda fase de interacción con la población de investigación, en el mes de marzo de 2008, en el cual se realizaron visitas domiciliarias en las que se utilizó la observación estructurada a través de una guía de observación (ver anexos) como herramienta para conocer de forma directa la situación familiar y socioeconómica de 20 de las participantes, se pretendía investigar cómo afecta el ambiente social y familiar, unido al proceso del envejecimiento, en la pérdida del sentido de vida, en este grupo. Se pudo observar una serie de situaciones que, dentro de las actividades como grupo, pasan desapercibidas e incluso son negadas y, hasta cierto punto, encubiertas por las participantes. Estas visitas fueron enriquecedoras debido a que se pudo observar en su ambiente a dichas participantes y conocer su situación real familiar y social.

Para el diseño de las pruebas y la recolección de datos se inició la investigación con la observación no estructurada que se utilizó dentro de la dinámica de grupo, en la cual solamente se tomaron notas de campo y personales para recolectar la información, y se realizó durante los meses de mayo a octubre 2008. También nos auxiliamos del subprograma de docencia en el cual se les dio a las participantes 5 talleres en relación al tema del Sentido de la Vida. A partir del conocimiento adquirido por ellas, se realizó una discusión dirigida, en el mes de enero 2009, en la cual las participantes pudieron expresar sus vivencias en relación al tema. Algunas de ellas no tuvieron una participación activa dentro de la discusión debido

a que se niegan a compartir con las demás su situación pasada o presente. Por lo que se realizó un cuestionario base para una discusión en grupos, se dividió a las 30 participantes en 3 grupos de 10 participantes se les dio una copia del cuestionario (Ver anexos) y se les dio 25 minutos para que discutieran cada una de las preguntas, se pudo observar mayor participación en grupos más pequeños que cuando la discusión se realizó con todas las participantes. Al finalizar la discusión se hizo una puesta en común obteniendo la información de cada una de las preguntas en papelógrafos y finalmente uniendo y comparando las respuestas.

3.1.1 Resultados de la Observación en Visitas Domiciliares.

Se tomó como muestra a 10 hogares, seleccionados al azar. A través de las visitas domiciliarias se pudo constatar la situación familiar y social de las participantes. Se observó que en la mitad de los hogares, tomados como muestra, el adulto mayor vive sólo o con su pareja y no tienen visitas regulares de los hijos, sino al contrario son ellos quienes se movilizan para realizar estas visitas, se constató que muchas veces estas visitas tiene poca duración (de uno a cinco días como máximo). Teniendo así poca colaboración de los hijos en el hogar tanto económica como asistencialmente, de la misma forma si el adulto mayor se enferma debe ir a ser asistido por sus hijos a sus hogares, lo cual produce malestar en los familiares políticos haciendo su estancia un tanto incomoda para ellos.

También se pudo constatar que el adulto mayor que vive en compañía de sus hijos o por lo menos uno de ellos, tiene constantes dificultades en relación a problemas de falta de atención, poca comunicación e incluso abuso de parte de los familiares especialmente en relación a los pagos de comida, luz, agua y reparaciones necesarias en la casa. En los cinco hogares visitados en los que se da esta situación se observó que la casa pertenece a la pareja del adulto mayor. En dos de estos casos se observó que quienes viven con el adulto mayor son sus nietos, agregando a los

problemas antes mencionados problemas de conducta como alcoholismo, malos tratos verbales y destrucción de la propiedad.

En lo relacionado con el ámbito social, se pudo observar que todos los hogares visitados se encuentran ubicados en áreas peligrosas en relación a la violencia, todos mencionaron problemas de asaltos, robos en hogares y otros casos más específicos como el caso de una de las participantes que vive en la colonia Santa Faz que fue víctima de extorción. Aunado a esta situación de peligro en lo social observamos problemas de maltrato y desconsideración en la colonia, los comercios e incluso de forma más evidente en los buses que muchas de ellas deben tomar para participar en las actividades, identificando discriminación, desigualdad de oportunidades e incluso, en algunos casos, anulación de sus derechos.

3.1.2 Resultados de la Observación No Estructurada

Dentro de la observación no estructurada, la cual fue sistematizada durante cinco meses, aún cuando se realizó durante todo el proceso de EPS, se pudo obtener información importante relacionada, sobre todo, a su dinámica de grupo y relaciones interpersonales, así como a conductas que podrían dar indicios de pérdida del sentido de vida en las participantes.

Se observó que al inicio del proceso muchos de los participantes mostraban una dificultad muy grande para relacionarse con los demás, especialmente las participantes de sexo femenino, mostraban conductas de poca o ninguna tolerancia, de imposición e incluso algunas, de poca participación y colaboración. Situación que mejoró con la implementación de los talleres.

También se pudo observar, especialmente en las participantes que ingresaban al grupo, características de depresión como tristeza excesiva, falta de ánimo, entre otras, que daban indicios de pérdida del sentido de vida, así como en las participantes con mayor tiempo de asistir al grupo, se escuchaba constantemente sus historias en relación a lo mal que se

sentían antes de llegar al grupo, así como lo mucho que el grupo les había ayudado a sobre llevar sus dificultades.

3.1.3 Resultados de la Discusión de Grupos y Discusión General.

Se realizó casi al finalizar el Proyecto de EPS, las siguientes son las preguntas que se analizaron y las respuestas a que se llegó:

1. Cambios negativos del envejecimiento identificados:

- Cambios hormonales
- Disminución de la agudeza de los sentidos.
- Disminución de la capacidad para memorizar y recordar.
- Disminución de la coordinación motora.
- Desprecio y exclusión.
- Problemas para relacionarse con los demás.
- Temperamentos y conductas infantiles.
- Pérdida de las habilidades para valerse por sí mismo.
- "A más edad es más difícil"

2. ¿Qué cambios familiares hubo a partir de los cambios negativos de la etapa de envejecimiento y cómo repercutieron en sus vidas?

- No se nos toma en cuenta.
- Nuestra opinión no vale.
- Creen que uno ya no piensa bien.
- No quieren comunicarse con uno.
- Desprecio.
- Desvalorización
- Exclusión.

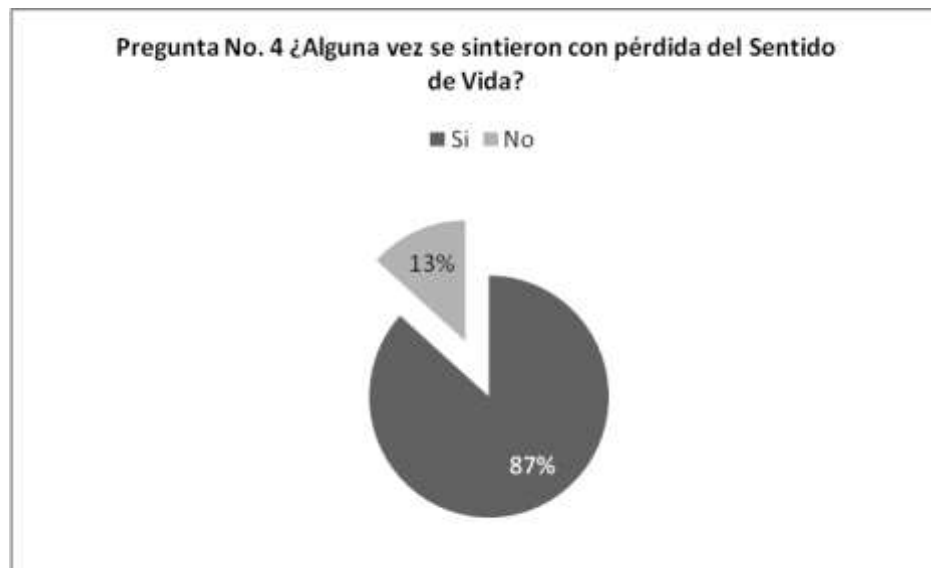
3. Factores que influyen en la pérdida del sentido de la vida:

- El desprecio y poca estimación familiar.

- Pérdida de habilidades necesarias para autosostenerse y valerse por sí mismo.
- La depresión.
- La baja autoestima.
- El sentirse no querido por sus familiares y no tener amistades.

4. alguna vez se sintieron con pérdida de sentido de vida:

Grafica 1



Fuente: Registros EPS Centro de Salud z.6, Adulto Mayor 2008 - 2009

5. Qué cosas pueden quitar el sentimiento de pérdida del sentido de vida:

- Ejercicios físicos.
- Comunicarnos y decir cómo nos sentimos.
- Recreación.
- Compartir con otros.
- Asistir a un grupo como este.
- Tener autoestima.
- Asistir a la iglesia.

6.Cuál es su esperanza en el futuro:

- Tener salud física, voluntad para vivir de una forma en que todo lo que hagamos nos llene de alegría y nos quite las preocupaciones y nos ayude tanto física como emocionalmente.
- Llegar a tener una vida llena de cosas buenas y desechar las cosas negativas buscando siempre lo positivo de las cosas.

7. En qué forma desea trascender:

- ✓ Ser de ayuda y beneficio en los lugares donde nos relacionamos, leer, tener salud y participar positivamente.

3.2 Subprograma de Docencia:

El subprograma de docencia se inició en el mes de marzo de 2008, diseñando talleres de importancia y relevancia para las beneficiarias, en este subprograma se tuvo la colaboración y participación de las practicantes de Trabajo Social con quienes se compartía el espacio de los talleres. Los talleres se impartían los días jueves de 9:00 a 10:00 horas, al inicio, ya que los días martes los talleres estaban a cargo de las practicantes de Trabajo Social. Sin embargo en el mes de Julio se inició a impartir talleres los dos días en el mismo horario debido a que no se asignó a otra estudiante de Trabajo Social.

Los temas impartidos fueron escogidos de dos formas, los primeros temas se escogieron a raíz de que en la primera fase, la visita de reconocimiento, se realizó una encuesta con los participantes para conocer sus necesidades e intereses en relación a los temas que ellos quisieran conocer. Los segundos temas fueron escogidos e impartidos por la necesidad de dar a conocer aspectos teóricos importantes y de forma sencilla a los participantes en relación a lo que sería la investigación del presente proyecto.

Se tuvo una buena recepción de parte de los participantes en relación a los temas impartidos, se evaluaba la eficacia de los mismos con actividades lúdicas en las que ellas debían poner en práctica lo aprendido en los talleres, especialmente en los talleres de comunicación, relaciones interpersonales y trabajo en equipo, se observó un avance significativamente positivo al respecto, recordando que en el adulto mayor se tienen regresiones infantiles en su comportamiento, se debe mencionar que hubo casos en que los participantes no mostraron cambios sino al contrario optaron por alejarse del grupo o llegar solamente en actividades especiales.

Una de las dificultades que se encontraron para impartir los talleres, así como en otras actividades, fue el espacio utilizado que por estar en la intemperie provocaba muchas molestias, los cambios climáticos especialmente los días de mucho sol y los días de lluvia, por lo que se llegó algunas veces a la necesidad de suspender la actividad.

Sin embargo se logró cubrir con la mayoría de talleres, así como la implementación de algunos que surgían de las necesidades del momento, por ejemplo se impartió un taller relacionado con el proceso del duelo debido a que los esposos de dos de las participantes fallecieron durante el tiempo de este proyecto causando en las participantes no sólo tristeza sino incluso depresión y alejamiento del grupo.

Consideramos que los talleres fueron de gran beneficio, al escuchar los comentarios de las participantes en la última fase de cómo muchos de ellos les han ayudado en su crecimiento personal.

Los talleres impartidos se describen de forma cronológica en las siguientes tablas.

Tabla 1

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Marzo 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Reseña histórica del “Día internacional de la Mujer”	6	35
2	Importancia del Trabajo en Equipo.	11	35
3	Nutrición: Demostración de recetas de arroz.	25	35
4	Trabajo en Equipo: Dinámica de organización.	27	35

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de marzo 2008.

Los talleres de nutrición fueron impartidos y programados por la estudiante practicante de Trabajo Social, reconociendo la importancia de la nutrición adecuada en la salud integral del adulto mayor, se trabajó conjuntamente con ella en estos talleres, el hecho de que fueran alternados contribuyó a mantener el interés del grupo en ambas actividades.

Tabla 2

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Abril 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Trabajo en Equipo: Resolución de conflictos.	3	24
2	Nutrición: Demostración de recetas de arroz, invitada de ARROZGUA.	7	30
3	Nutrición: Charla de personas invitadas de INCAPARINA	9	32
4	Trabajo en Equipo: La importancia de la confianza entre los integrantes de un grupo.	15	33
5	Trabajo en Equipo: La solidaridad.	17	27
6	Trabajo en grupo Evaluación: Dinámicas de confianza en los demás.	22 y 24	30 y 28
7	Nutrición: Segunda capacitación INCAPARINA	29	30

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Abril 2008.

En este mes se pudo observar una baja en la asistencia debido a diferentes situaciones personales de cada una de las participantes, especialmente de salud. Se inició con el tema de Trabajo en Equipo, ya que en la semana de reconocimiento, así como en la actividad del Amor Añejo 2008 en la que se colaboró en febrero, se observó una gran dificultad en esta área. Así mismo se realizó una evaluación en dos días con dinámicas que pusieran a prueba su colaboración en grupo, su participación, su confianza en los demás y su paciencia unas con otras, se observó cambios significativos en dicha área, sin embargo hubo algunas de ellas que se negaban a participar o se enfadaban en su grupo.

Tabla 3

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Mayo 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	La importancia de la madre- abuela en el hogar.	8	30
2	Tercera capacitación de nutrición INCAPARINA.	13	30
3	Sentido de Vida: Reflexión sobre que aún estamos vivos y la toma de decisiones.	15	32
4	Nutrición: Primera clase de repostería impartida por persona de Gold Medal. "Pasteles en olla de presión y en olla de aluminio".	22	32
5	Solidaridad: la naturaleza nos enseña cómo convivir.	27	30
6	Segunda clase de repostería: "Tortas dulces y tortas saladas."	29	29

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Mayo 2008.

Se pretendía iniciar con los temas relacionados a la investigación, se introdujo algunas actividades en las que las participantes pudieran reflexionar acerca del sentido de su vida. También se colaboró con la elección de madrina y se inició los preparativos para la presentación en

diferentes trajes. Se vio mucha participación y entusiasmo de parte de las participantes a diferencia de otras actividades en las que hubo mucho conflicto para ponerse de acuerdo así como para colaborar. Se tuvo algunos inconvenientes y comentarios desfavorables hacia la participante de "la tarde", debido a la poca colaboración y asistencia de ella.

Tabla 4

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Junio 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Taller de repostería, receta de "Enrollados"	6	30
2	Clausura de las capacitaciones nutricionales y el Concurso de platillos promovido por INCAPARINA	16	32
3	Celebración del día del padre	17	30
4	Repostería: receta de "Buñuelos al Viento y Miel".	19	25
5	Derechos del adulto mayor: este taller fue impartido por personal de la Defensoría de los Derechos Humanos.	24	30
6	Repostería Receta: "Tortillas de Harina".	26	28

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Junio 2008.

En este mes a parte de los talleres se realizó la elaboración de los trajes de fantasía de las madrinas y se participó en la elección que fue en el Teatro de Bellas Artes el 20 de junio de 2008, la participante de la Gimnasia Rítmica ganó la banda de "Hilos de Plata". El Taller sobre los derechos del adulto mayor fue el recurso que se utilizó con el propósito de que las participantes conocieran más a fondo sus derechos, les regalaron una copia de la ley del Adulto Mayor.

Tabla 5

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Julio 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Liderazgo: El temperamento	1	30
2	Taller de repostería: Frutas de Frosty.	10	30
3	Liderazgo: Test del temperamento	15	25
4	Liderazgo: Dos tipos de temperamentos: Colérico – Motivador y Sanguíneo – Encantador.	29	28

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Julio 2008.

En este mes no hubo muchos talleres debido a que se realizaron varias actividades entre ellas una excursión al parque ecológico de Ciudad Nueva, la despedida de la practicante de Trabajo Social, el cierre de las actividades de repostería, la celebración de los 50 años de una de las participantes y una presentación de Tai-Chi frente al Palacio Nacional de la Cultura.

Tabla 6

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Agosto 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Liderazgo: Tipos de temperamento y debilidades y fortalezas de los diferentes temperamentos.	9 y 12	20 y 25
2	La autoestima.	14	20
3	La autoestima: Test	19	25
4	La autoestima: Cómo aumentarla.	25	25

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Agosto 2008.

En este mes se realizó una actividad llamada Día de la Ternura en la que las participantes fueron llevadas a un paseo por el parque ecológico de Ciudad Nueva y se realizó actividades que tuvieran mucho que ver con compartir y ser amigables. Se aprovechó esta actividad para fortalecer el

tema de la autoestima, haciéndoles una reflexión en relación a que es imposible dar amor si no nos amamos a nosotros mismos.

Tabla 7

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Septiembre 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Autoestima y Liderazgo: Qué relación hay entre ellas.	4	25
2	Crecimiento Personal: La Actitud	23	20
3	Crecimiento Personal: “El Cambio”	30	31

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Septiembre 2008.

En este mes se realizaron visitas a las personas que perdieron a un ser querido, dos de ellas llegaron nuevamente. Se tuvo dificultad para trabajar debido a las fuertes lluvias, se suspendieron dos actividades.

Tabla 8

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Octubre 2,008			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	Sentido de la vida: El Holocausto y Viktor Frankl	28	20

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Octubre 2008.

En este mes se realizaron varias actividades en relación al Día del Adulto Mayor, tanto de parte del Centro de Salud como del Ministerio de Cultura y Deportes. A la vez que se le dio un permiso a un grupo de estudiantes para trabajar con el grupo del adulto mayor. Por lo que solamente pudimos hacer una introducción del tema de El Sentido de Vida, con el que se buscaba apoyar el subprograma de investigación, brindándole una información importante al adulto mayor, para lo que fue de lleno el proceso de investigación.

En los meses de noviembre y diciembre 2008 se realizaron actividades sociales, como presentación de un baile en el teatro Bellas Artes, organización, recibimiento y entrega de una posada y la celebración de un convivio navideño; por lo que no se pudo dar continuidad a los talleres. Solamente en el mes de Noviembre se pudo pasar una película titulada “La Vida es Bella”, en la que se ve reflejado todo lo soportado en los campos de concentración y como un padre ayuda a su hijo a tener un sentido por el cual soportar todos estos sufrimientos, con la cual se introdujo el tema del Sentido de Vida.

Tabla 9

Talleres Impartidos al Adulto Mayor en Enero 2,009			
No.	Talleres Impartidos	Fecha	Participantes
1	El sentido de Vida: ¿Qué es?	13	30
2	El Sentido de Vida: Cómo Adquirirlo y/o Fortalecerlo.	15	30
3	El Sentido de Vida: La Esperanza y La Trascendencia.	22	28

Fuente: Informe mensual de EPS del mes de Agosto 2008.

En este mes se terminó de dar los talleres programados con o relacionado a el tema de investigación.

El día 27 de Enero se realizó una actividad especial en la que se les pidió a las participantes que expusieran cuanto les habían ayudado los talleres recibidos, ellas dieron una gran información así como el agradecimiento, muchas de ellas expusieron en qué áreas les había ayudado más los talleres, pudiéndonos dar cuenta que los talleres relacionados con crecimiento personal, con el sentido de la vida fueron los que más les

interesaron, pero que se dieron cambios significativos en sus relaciones interpersonales, su comunicación y tolerancia unas con otras.

3.1.3 Subprograma de Servicio:

El subprograma de servicio inició en el mes de marzo, se pretendía trabajar especialmente con el grupo del adulto mayor sin embargo se pudo observar la necesidad de atender pacientes en general debido a la afluencia de pacientes, especialmente niños que hubo durante el tiempo destinado para el proyecto. El horario de atención en el servicio psicológico fue de 8:00 a 12:00 horas los días lunes, miércoles y viernes, atendiendo por 45 minutos a cada paciente, haciendo un total de cuatro pacientes por día. Los pacientes fueron, en el caso de los niños, la mayoría referidos de las escuelas aledañas al Centro de Salud y algunos otros por sus padres, en el caso de los adultos, algunos son referidos por los médicos y otros buscan la ayuda por su cuenta. Los cuadros clínicos más comunes, en el caso de los niños, son problemas de conducta y problemas educativos como bajo rendimiento escolar. En los adultos se pudo observar los diferentes trastornos de ansiedad y depresiones como cuadros clínicos más comunes.

Se inició cada proceso terapéutico con la toma del motivo de consulta, así como con el establecimiento del rapport con los pacientes. Luego se procedió con la recolección de datos y apertura de expedientes, con el uso de una ficha clínica (Ver anexos). Luego se realizó un plan terapéutico para cada problemática. En el caso de los niños a la mayoría se les trató a través de la terapia de juegos y unos pocos a través de la terapia cognitiva conductual. En el caso de los adultos se trabajó especialmente terapia breve y de urgencia, centrada en el cliente y cognitiva conductual.

El adulto mayor que tuvo poca participación en este subprograma, pudo también ser ayudado con técnicas de terapia de grupo, participando en

actividades, sin saberlo, en las que podían expresar libremente sus ideas, pensamientos y sentimientos, sobre una situación dada, ayudándoles especialmente en sus relaciones interpersonales, así como a aquellas que sufrieron de pérdidas de familiares.

Cuadro No. 1					
Cantidad de Consultas y Reconsultas en el Servicio Psicológico 2008 -2009					
Mes	Adultos		Niños		Totales
	M	F	M	F	
Marzo	-	1	6	3	10
Abril	-	2	18	13	32
Mayo	2	1	8	21	32
Junio	1	1	16	8	26
Julio	2	4	15	9	30
Agosto	3	8	18	17	46
Septiembre	1	14	22	2	39
Octubre	4	10	22	3	39
Noviembre	4	5	21	3	33
Diciembre	2	3	5	-	10
Enero	4	2	10	2	18
Febrero	4	1	11	2	18
Totales	27	52	172	83	334

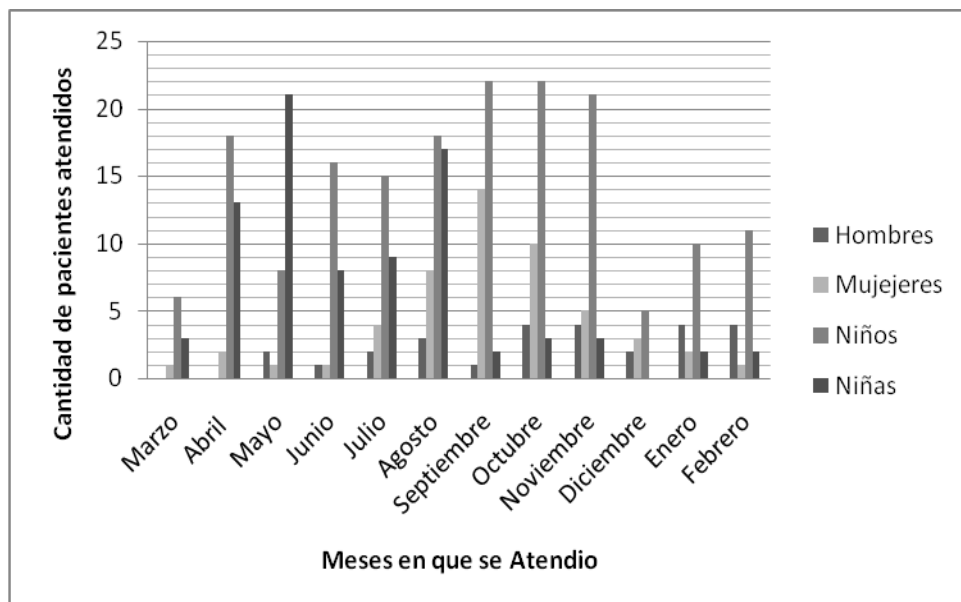
Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

Se puede observar una cantidad elevada de la población infantil masculina, así mismo se observa una baja de asistencia en algunos meses, siendo afectados por la baja en asistencia a las Reconsultas. En el mes de diciembre se observa una baja significativa de pacientes, esto se debió a que en este mes solamente se atendió una semana, luego se realizó una

actividad de cierre de casos, que no ameritaban seguimiento, y se les informó a los pacientes, que tendrían seguimiento, la fecha de enero en que debían regresar. En este mes se realizaron revisiones de expedientes.

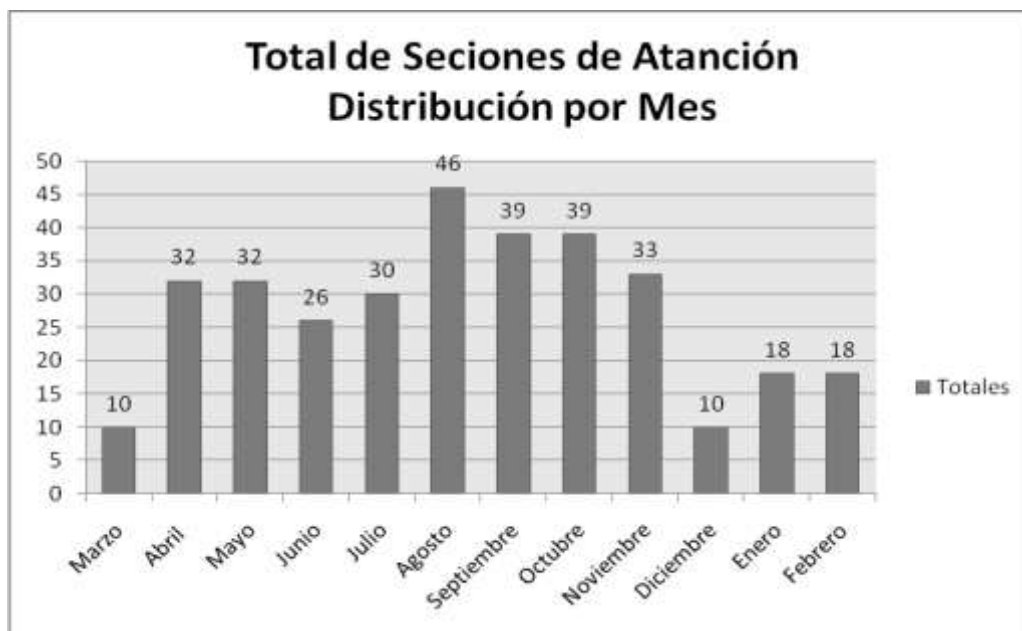
Gráfica 1

Pacientes Atendidos en Consulta y Reconsultas por Mes, Edad y Género.



Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

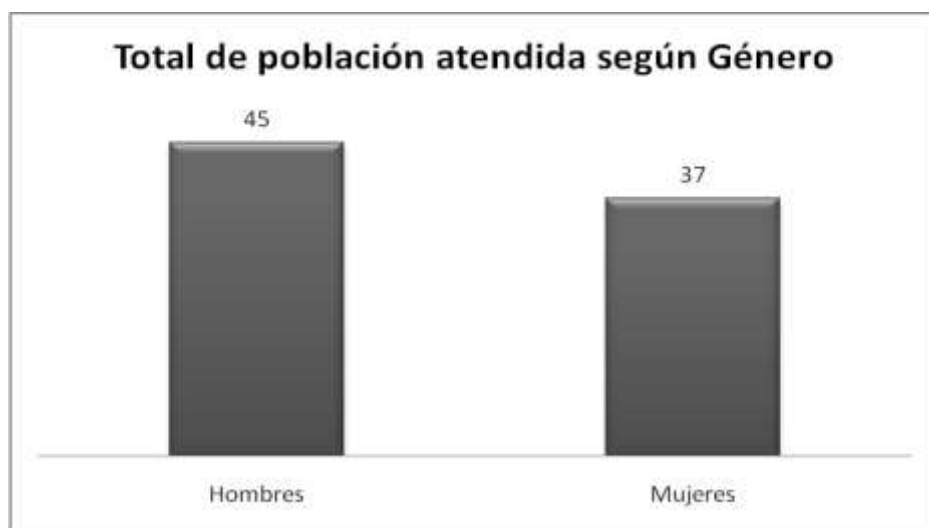
Gráfica 2



Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

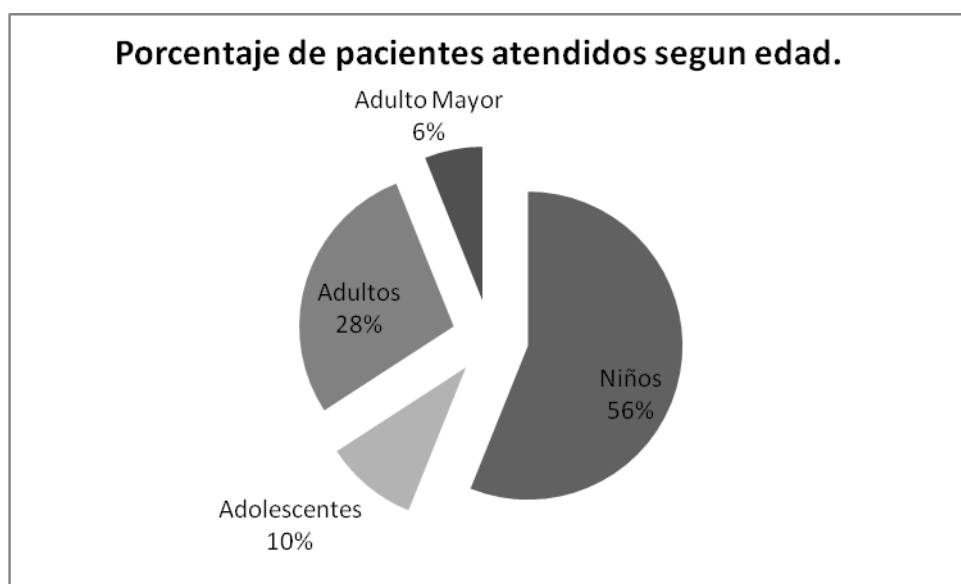
Se pudo observar que en el mes de marzo se dio el menor número de consultas y reconsultas, esto debido a que fue el mes en que se inició el proyecto, en el mes de diciembre se puede ver una baja significativa debida a que en ese mes solamente se atendió una semana. También se observa un crecimiento de población en el mes de agosto, siendo este el mes en que más reconsultas se realizaron.

Gráfica 3



Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

Gráfica 4

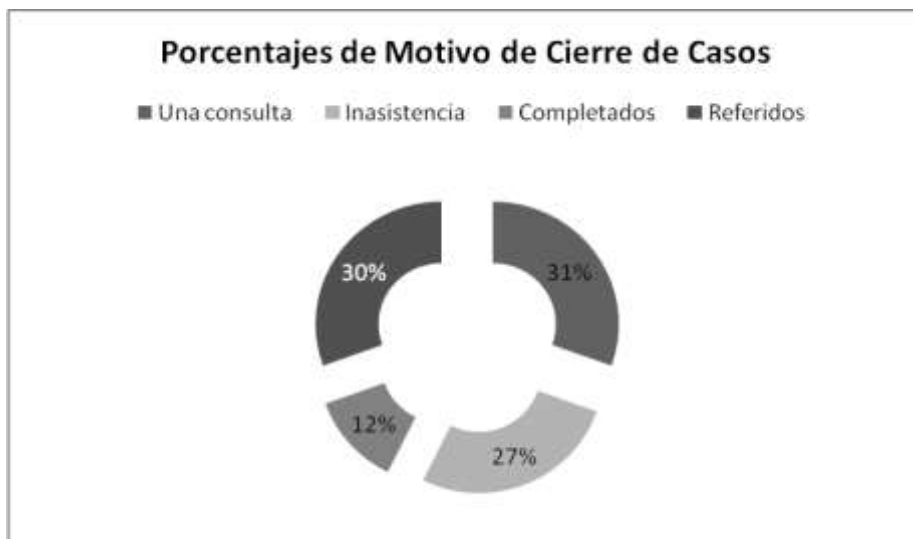


Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

Cuadro No. 2			
Incidencia de pacientes atendidos en 2,008 - 2,009 según género y casos por los que se cerró.			
Casos	Cantidad		
	Hombres	Mujeres	Total
Pacientes que se presentaron una sola vez.	12	13	25
Casos concluidos por inasistencia.	13	9	22
Casos cerrados por completación.	3	7	10
Pacientes referidos a otras instancias (Educación Especial, otra psicóloga por requerir seguimiento.)	17	8	25
Total de pacientes atendidos	45	37	82

Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

Gráfica 5



Fuente: Registros diario de campo e informes mensuales EPS 2008 – 2009 Centro de Salud zona 6

3.1.3.1 Problemáticas más comunes:

La incidencia de problemáticas que presentaron los pacientes atendidos en la clínica psicológica, según el CIE-10 fueron las siguientes.

Tabla 1
Problemáticas más comunes en Niños y Adolescentes

Código CIE-10	Diagnóstico
Z63.5	Ruptura familiar por separación o divorcio
Z61.2	Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia.
Z55	Problemas relacionados con la educación.
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual.
Z62.2	Supervisión y control inadecuado de los padres.
F98.02	Enuresis nocturna
F98.2	Encopresis
F70	Retraso mental leve
F83	Trastorno específico del desarrollo mixto

Tabla 2
Problemáticas más comunes en Adultos y Adulto Mayor

Código CIE-10	Diagnóstico
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.2	Episodio depresivo grave
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
Z63.7	Acontecimientos vitales estresantes que afectan a la familia y el hogar.

3.2 Otras Actividades:

Dentro del Ejercicio Profesional Supervisado se apoyaron otras actividades del Centro de Salud. El día 12 de marzo de 2008 se apoyó el Programa de Escuelas Saludables con la participación en una charla sobre higiene personal impartida a niñas de la Escuela República de Austria de 4to a 6to grado.

Otra actividad en la que se apoyó fue la inauguración de la Jornada de Vacunación contra La Rubeola y el Sarampión, que se realizó el día 1 de Abril de 2008.

Se tuvo la oportunidad de colaborar dentro de la clínica con las Consejerías para la prueba de VIH, que fueron impartidas los días viernes en horario de 8:00 a 12:00 horas, a los pacientes que los médicos refieren para dicha prueba por presentar síntomas, así como a las trabajadoras comerciales del sexo y a todas las mujeres embarazadas, dicha consejería se imparte con el fin de informar a la población acerca de qué es la enfermedad, sus síntomas, sus formas de contagio, las medidas para prevenirla, cómo se realiza la prueba, así como para que los y las pacientes den su consentimiento para realizarse la prueba. En algunos casos hubo necesidad de incluir en la plática el uso correcto del preservativo así como brindar información de las diferentes infecciones de transmisión sexual. Esta fue una actividad enriquecedora debido a la experiencia adquirida con el trato con diferentes tipos de personas, así como con la información que se brindaba.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Subprograma de Investigación.

Se puede decir que de las participantes del grupo del Adulto Mayor EVE, con quienes se realizó la investigación, en la mayoría de ellas se constató la presencia de Pérdida del Sentido de Vida al iniciar el proceso de EPS, visto de forma más clara en las visitas domiciliarias realizadas; las condiciones de vida de soledad y aislamiento del grupo familiar, así como la pérdida de un miembro de la familia (como el caso de dos de las participantes que perdieron a sus esposos y una a su sobrino), dejan un sentimiento de vacío existencial que con el paso del tiempo se transforma en lo que Viktor Frankl catalogó como “La Pérdida del Sentido de Vida”. Para las personas con quienes se hizo esta investigación, lo escaso del recurso económico no constituye un factor relevante en esta condición de Sentido de Vida deteriorado.

La familia del adulto mayor influye directamente en este proceso, ya que se pudo encontrar personas de la tercera edad viviendo solas, en uno de los casos se observó inseguridad y temor en relación a vivir sola y al área en la que vivía, sin embargo vemos cómo cada una de ellas se “aferra” a vivir en su hogar antes de vivir con alguno de sus hijos o prefiere permitir que sus hijos vivan y tomen decisiones en relación a su hogar antes de abandonar las casas en las que han vivido por tanto tiempo y, sin lugar a dudas, que tanto les ha costado formar. Algunos de ellos viven en su casa con sus hijos, pero han sido desplazados a un espacio limitado de la casa, siendo también víctimas de descuidos, olvidos y el ser ignorados y no tomados en cuenta en las decisiones a tomar por parte de la familia. Pocos de ellos, quienes mejor han afrontado su envejecimiento y muestran

menos sentimientos de vacío existencial, viven y gobiernan en sus hogares, toman decisiones en él y conviven sanamente con sus hijos, nueras y/o yernos y nietos, teniendo participación en lo concerniente al hogar, mas no a la vida privada de cada uno de sus hijos ya casados.

Podemos observar también un caso en que las personas llegan a la misma situación de Pérdida del Sentido de Vida que aunque son dueños de sus hogares viven con sus hijos casados y tienen participación en las situaciones privadas de ellos, lo cual les ocasiona problemas de relación con sus yernos y nueras provocando disgustos y separaciones, llegando a tener problemas con los propios hijos e incluso con sus cónyuges, provocando al final una situación, de alejamiento con su familia y disgusto y a que ellos se sientan con vacío existencial, podríamos decir, provocados por ellos mismos.

En relación a cómo el grupo ayuda en el fortalecimiento, e incluso a recobrar, el Sentido de Vida, podemos decir que se observó como las actividades dentro y fuera del Centro de Salud han ayudado de forma significativa en este proceso, debido en gran parte al sentido de pertenecía que han encontrado al pertenecer a un grupo, así como el desarrollo de habilidades que algunos ya creían perdidas, como la actividad física que es estimulada a través del Taí-chi como de la gimnasia rítmica, los club de baile y actividades recreativas en las que ponen a prueba sus habilidades físicas, también sus habilidades mentales desarrolladas a través de los talleres y actividades lúdicas que les permiten desarrollar su memoria, su atención y su abstracción. Se vio también interés en la capacitación en tareas que les dan protagonismo dentro del hogar como los talleres de cocina y repostería, brindándoles así una oportunidad y recursos para servir mejor a su familia en esa área, logrando integrarlos a su familia con

un sentimiento de autonomía personal, otro ejemplo de esto es el hecho tan sencillo de que muchos de ellos ya no salieran de sus hogares por temor a abordar buses y pudimos observar como muchas de estas personas lograron perder ese temor por el deseo de participar en presentaciones de Tai-chi y otras actividades, logrando obtener un sentimiento de responsabilidad de grupo, de capacidad para realizar muchas cosas, entre otros sentimientos que elevaron significativamente su Sentido de Vida.

Un hallazgo significativo dentro de la investigación fue la presencia de Afecto Deprimido; es decir desaliento, tristeza, una tendencia a llorar e incluso a autodespreciarse, en muchas de las personas que participaron, debido a que en estos casos ha habido una pérdida, ya sea material, física o de un ser querido, lo cual podría conllevar consigo un problema de depresión, lo cual no fue evaluado para su diagnóstico.

4.2 Subprograma de Docencia.

Este fue el subprograma con mayor dificultad al inicio, debido a que las participantes del grupo del Adulto Mayor EVE, al que iba dirigido, muestra problemas de temperamento y, sobre todo, de acomodación y apego personal hacia la epesista anterior, mostraba resistencia al cambio teniendo actitudes de desinterés e incluso rebeldía hacia las actividades realizadas. Por lo que se tuvo la presión de planificar actividades que fueran de interés para ellos, teniendo éxito con un porcentaje alto de la población ya que el resto (2 o 3 personas) optó por retirarse después del Tai-chi y otros por simplemente dejar de asistir.

Los primeros temas y talleres, pues, fueron encaminados hacia lograr el establecimiento del rapport con los y las participantes, así como a cerca de

la comunicación, las relaciones interpersonales y sobre todo al Trabajo en Equipo, ya que se observaba mucha problemática en estas áreas, logrando que los participantes, especialmente las de sexo femenino, pudieran compartir de forma más sana sus ideas sin molestarse porque las demás no aceptaran por completo su idea. Así como el poder realizar trabajos más complejos juntas sin entrar en discusiones ni peleas dentro del grupo, salvo pocas excepciones.

Los siguientes talleres impartidos fueron relacionados a El Liderazgo y La autoestima, dentro de los temas de liderazgo se pudo ayudar a las participantes a conocerse mejor a sí mismas con el desarrollo de talleres de tipos de temperamento y talleres en los que ellas podía demostrar su liderazgo, rotándolas de papeles de ser seguidoras, como la mayoría estaba acostumbrada, a ser las y los líderes de su grupo en determinadas tareas, se descubrieron como personas capaces de aportar ideas y echarlas a andar, de dichos talleres surgieron lideresas que luego siguieron siendo de gran influencia para el grupo, ya que cuando se inició con los talleres solamente se reconocía el liderazgo de una persona en el grupo y se pudo ofrecer diversidad de opciones que pudieran estudiarse para la toma de decisiones, así como la disolución de la dependencia hacia dicha persona.

Los siguientes talleres fueron encaminados hacia favorecer el Crecimiento Personal, especialmente hacia el fortalecimiento del Sentido de Vida. Se pudo brindar talleres en que se confrontó a las participantes en relación a cómo se sentían, lo que pensaban de ciertas cosas polémicas para algunas de ellas y cómo poder sobrellevar aquellas situaciones de las que no tenemos el control, poder tener la sabiduría para cambiar a aquello en lo que si tenemos el control y sobre todo se les dejó la inquietud de desear

vivir cada día dejando huella, es decir trascendiendo, en nuestro hogar, nuestro grupo y nuestra comunidad.

4.3 Subprograma de Servicio.

En este subprograma se tuvo la dificultad de no contar con la participación del Adulto Mayor en él. Debido a los prejuicios de cada uno de ellos. Sin embargo se tuvo una cantidad mínima de pacientes, ajenos al grupo EVE, con quienes se pudo observar que la principal dificultad es el sentimiento de vacío existencial demostrado con depresión y algunos problemas relacionados con la senectud, especialmente pérdida de la memoria, dificultad para concentrarse y problemas de salud. Con los participantes del grupo se pudo realizar actividades en las que se llevaba a cabo técnicas de terapia de grupo, como la expresión libre de sus pensamientos, ideas y sentimientos en relación a una situación dada, siendo una herramienta que tuvo mucha aceptación del grupo, sin saber que estaban en una sesión de terapia de grupo, y que fue de ayuda para la resolución de conflictos de los participantes y en la solución, sobre todo, de los problemas de relación interpersonal y en las pérdidas sufridas por las participantes.

En este subprograma se pudo observar la afluencia principalmente de los niños al Servicio Psicológico, muchos de ellos referidos por los maestros de las escuelas aledañas al Centro de Salud y otros por sus madres principalmente. La mayoría de niños que asistían al servicio psicológico fueron referidos por problemas de conducta, los cuales venían siendo parte de problemáticas más grandes, especialmente de problemáticas relacionadas con familias disfuncionales. Con los niños se trabajó específicamente con la terapia de juego, aplicada con dificultad debido a las condiciones físicas de la clínica. Obteniendo resultados muy favorables

en aquellos niños en que se llevó a cabo un seguimiento y tenían una asistencia regular y puntual a sus citas. La mayoría de niños con problemas de educación especial, fueron referidos a otras instituciones, tal es el caso de un niño con retraso del desarrollo y un niño diagnosticado como autista, quienes fueron referidos al Alida España, donde recibirán seguimiento. Se tuvo dificultad con algunos casos en los cuales el principal problema es la disfunción familiar, especialmente descuido y maltrato, tales casos fueron trabajados en conjunto con Trabajo Social y se dejó el seguimiento a cargo de dicho departamento.

Se tuvo también poca afluencia de adolescentes, sin embargo se tuvo algunos casos que fueron referidos por sus padres, especialmente con la queja de rebeldía y problemas de conducta y educativos, la mayoría fue tratado con la terapia Cognitivo - Conductual, en la que se trabajó principalmente con el rompimiento de sus pensamientos automáticos de que sus padres solo “querían arruinarles la vida y no los dejaban ser libres” y técnicas sobre planificación a futuro. No se obtuvo resultados tan positivos debido a la irregularidad de su asistencia, en todos los casos terminando por desertar. Sin embargo hubo casos que se refirió a la escuela para adolescentes que se desarrolla en el centro de salud.

Con los adultos que asistieron a psicoterapia individual, se observó que llegaban por su propia cuenta debido a situaciones que no les permitían un funcionamiento “normal” dentro de la sociedad y sus labores cotidianas. Con los adultos se trabajó diferentes tipos de terapia, siendo también la terapia Cognitivo - Conductual, la principal herramienta utilizada. Se logró muchos avances en aquellos que tuvieron constancia, también se refirió a algunos pacientes a entidades que pudieran ayudarles al finalizar el tiempo de EPS, tal es el caso de uno de los pacientes que fue referido al Patronato Antialcohólico y dos pacientes que continuarán sus terapias en el Centro de Salud.

4.4 Análisis de Contexto.

Durante la realización del EPS en el Centro de Salud No. 3 de la zona 6, se pudo observar que la mayoría de personas que viven en dicho sector son personas de escasos recursos que hacen uso de los servicios que el Centro de Salud proporciona y participan en las actividades y grupos, tales como: jornadas de papanicolaou, vacunación a niños, vacunación de animales, actividades sociales como celebraciones del día del niño, grupo de comadronas, grupo de adolescentes y grupo del adulto mayor.

En lo educativo también se pudo observar que es un lugar con varias escuelas aledañas, así como colegios privados e incluso una sede de la universidad Galileo. Los padres de familia se ven interesados en la educación de sus hijos y en la ayuda psicológica en aquellos casos en que los niños muestran problemas de conducta y bajo rendimiento escolar. Sin embargo se ve poca colaboración al momento de sugerir que el problema principal de los niños no es educativo sino debido a problemas en las relaciones intrafamiliares.

Las personas adultas muestran resistencia hacia la psicoterapia y los servicios psicológicos, observando aún muchos prejuicios en relación a la Psicología. También se observa en las familias con quienes se trabajó de forma indirecta, sea con sus niños o con sus adultos mayores, patrones de crianza con mucho maltrato ya sea físico, ya sea psicológico. También se encontró situaciones de abandono emocional por diferentes factores, el principal debido a la necesidad de trabajo en ambos padres. Se pudo observar que la mayoría de las familias de los alrededores son familias disfuncionales, no sólo por la ausencia de miembros de la familia, sea por abandono, muerte violenta o migración, sino también hay familias bien conformadas pero que uno o más de los miembros muestra conductas

adictivas o de violencia. Pese a lo anterior se puede observar en por lo menos uno de los miembros de la familia, principalmente las madres de familia, un interés de que sus hijos se superen y lograr una mejora en su familia y sus comunidades, como se mencionó, participando en los diferentes grupos organizados por el Centro de Salud así como de otras instituciones.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

5.1.1 Conclusiones Generales:

- ⇒ A través de la implementación del proyecto de EPS en el Centro de Salud No. 3 de la Zona 6, con el grupo Ejercitándonos Vencemos Enfermedades EVE del adulto mayor, se logró el objetivo general de contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de dicho grupo.
- ⇒ La implementación de talleres que desarrollaran destrezas para las relaciones interpersonales, la comunicación efectiva, el liderazgo, la autoestima, entre otras; contribuyó grandemente en lograr que los participantes tuvieran mejores condiciones de vida en sus relaciones con los demás.
- ⇒ Se logró dar orientación a las personas que se identificó con características propias de Vacío Existencial, con el conocimiento adquirido acerca de cómo viven los participantes del grupo EVE dicho sentimiento, contribuyendo así con su crecimiento personal.

5.1.2 Subprograma de Investigación:

- ⇒ Se pudo identificar que el entorno familiar y social influyen directamente en el apareamiento del sentimiento de Vacío Existencial, cuando dichos entornos son significativamente negativos para el desarrollo y desenvolvimiento del adulto mayor.

- ⇒ Se logró conocer que las actividades en grupo planificadas y desarrolladas por el Centro de Salud, con el apoyo de estudiantes y epesistas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y por el Ministerio de Cultura y Deportes, contribuyen a reorientar el Sentido de Vida de las participantes, proporcionándoles un sentimiento de pertenencia, responsabilidad y colaboración en dichas reuniones.
- ⇒ Se identificó que los adultos mayores que viven en familias bien conformadas, en las que los hijos no viven con el adulto mayor, pero le visitan y están pendientes de ellos; o bien, viven con ellos pero le dan muestras de respeto, colaboración, permitiéndoles la participación activa en ciertos asuntos familiares, tienen menos probabilidad de sufrir de vacío existencial.

5.1.3 Subprograma de Docencia:

- ⇒ Se logró, a través de los talleres, que el adulto mayor que participó activamente en los mismos, desarrollara habilidades para relacionarse de mejor manera con sus iguales, dentro del grupo, con sus familiares y por ende con la sociedad.
- ⇒ Se obtuvo buenos resultados con los talleres de crecimiento personal, en los que el adulto mayor pudo comprender la importancia que tiene dentro de su familia y la sociedad, logrando que se vea más involucrado dentro de su rol de guía y dador de sabiduría.
- ⇒ Se evidenciaron cambios significativos en el comportamiento del adulto mayor dentro del grupo, obteniendo así más personas capacitadas para ejercer el liderazgo dentro del grupo, desarrollando sus habilidades sociales y de trabajo en equipo.

- ⇒ Se observó que se ha dejado el trabajo con el adulto mayor a cargo de las epesistas de Psicología y practicantes de Trabajo Social, teniendo poca participación del personal del Centro de Salud.

5.1.4 Subprograma de Servicio:

- ⇒ Se cumplió con el objetivo de brindar apoyo psicológico al grupo del adulto mayor, desde una perspectiva de terapia de grupo.
- ⇒ Se cumplió con el objetivo de brindar apoyo psicológico al público en general que solicitara dicho servicio, observando cambios significativos en los pacientes que asistieron con regularidad y puntualidad a sus citas.
- ⇒ La terapia de juego fue una herramienta útil para el tratamiento psicológico de los niños que se presentaban con problemas emocionales, especialmente aquellos que mostraban problemas derivados de una estructura familiar desfavorable.
- ⇒ La terapia cognitivo conductual fue una herramienta que contribuyó en gran parte a la mejora de pacientes adolescentes y adultos con problemas emocionales.
- ⇒ Se utilizó la terapia breve y de urgencia y centrada en el cliente en aquellos casos en que se identificaba la urgencia de ser tratados, así como en aquellos que se veía que no regresarían a psicoterapia.
- ⇒ Se logró colaborar con las consejerías para la prueba de VIH/SIDA, con lo cual se pudo profundizar en el tema.

5.2 Recomendaciones.

5.2.1 Recomendaciones Generales:

- ⇒ Que el Centro de Salud continúe proveyendo al público el programa del Adulto Mayor, que es de beneficio para el crecimiento de nuestra sociedad.
- ⇒ Que se continúe estudiando y brindando apoyo al adulto mayor que llega al Centro de Salud en su situación Familiar y social, para fortalecer su sentido de vida.
- ⇒ Que la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, continúe apoyando al Centro de Salud en dicho programa, ya que es de suma importancia una figura guía para dicho grupo.

5.2.2 Subprograma de Investigación:

- ⇒ Es de suma importancia que se realicen estudios destinados a conocer y ayudar al grupo del adulto mayor en sus relaciones interpersonales, ya que fue una de las debilidades más visibles en el grupo, teniendo en cuenta que dichas relaciones contribuyen en la reorientación de su Sentido de Vida.
- ⇒ Que el Centro de Salud siga sus contactos con las actividades del Ministerio de Cultura y Deportes, ya que estas actividades favorecen al desarrollo de Sentido de Vida de las participantes.

5.2.3 Subprograma de Docencia:

- ⇒ Que el Centro de Salud contribuya nombrando a alguien de su personal, para el trabajo con el adulto mayor en el caso que no haya ni epesista de Psicología, ni practicante de Trabajo Social; para que se continúe con la participación activa del adulto mayor en las actividades.
- ⇒ Planificar y desarrollar temas de crecimiento personal, para el grupo ya que son personas que están llenas de sabiduría y necesitan encaminarla hacia el bien común.
- ⇒ Desarrollar talleres en los que el grupo se sienta participe de su aprendizaje y colaborador dentro de la sociedad y su propia familia para favorecer su fortalecimiento de Sentido de Vida.
- ⇒ Realizar talleres de habilidades técnicas, como la cocina, manualidades, repostería, costura, etc.; que le permitan al adulto mayor ampliar dichas habilidades y sentirse útiles dentro de su familia y sociedad.

5.2.4 Subprograma de Servicio:

- ⇒ Que el Centro de Salud continúe con su labor de brindar apoyo psicológico al público en general, de las colonias aledañas, con el fin de contribuir con el fortalecimiento de personas sanas mentalmente en nuestra sociedad.
- ⇒ Trabajar con el adulto mayor en psicoterapia de grupo, ya que se pudo observar que es una técnica que es bien recibida por ellos, a la vez que es necesaria para el desarrollo personal de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Desarrollo Humano y Profesional, Libro 1, Editorial La Red Business Network, E.E.U.U. 2003.
- Diccionario Enciclopédico Color, Editorial Norma S.A., Barcelona España, 1998
- Fiske Maryorie, Edad Madura ¿Lo mejor de la Vida?, Editorial Multimedia Publicaciones, Inc. Colección La Psicología y Tú, Holanda, 1979.
- Frankl Viktor, El Hombre en Busca del Sentido, Editorial Herder, Versión en castellano, Duodécima edición, Barcelona, España, 1991.
- http://es.wikipedia.org/wiki/El_hombre_en_busca_de_sentido
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala#Organizaci.C3.B3n_pol.C3.ADti co-administrativa](http://es.wikipedia.org/wiki/Guatemala#Organizaci.C3.B3n_pol.C3.ADti_co-administrativa)
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Logoterapia>
- <http://www.bsaslogoterapia.com.ar/logo.htm>
- <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=6891#autores>
- <http://www.luenticus.org/articulos/02A017/index.html>
- <http://www.ubiobio.cl/vitrina/Envejecim.zip>
- Lehr Ursula, Thomas Hans, Psicología de la Senectud: Proceso y aprendizaje del Envegesimiento, Editorial Herder, SC., Barcelona, España, 2003. Pág. 104
- Lic. Nut. Novelo de López Hilda Irene, MSP. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la Última Década.
- Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.
- Prensa Libre, 13 de abril de 2005, artículo "Quieren política para Adultos Mayores", por Ana Lucia Blas.

Anexos

Guía de Observación en Hogares

1. ¿Con quién Vive? _____
2. Lugar que ocupa en la casa: _____
3. Relación con los miembros de la familia que viven en su casa: _____

4. Relación con su pareja: _____
5. ¿Cada cuánto tiempo lo visitan sus hijos? _____
6. Si es él o ella quien visita, ¿Cuánto tiempo permanece con ellos? _____
7. ¿Por qué permanece ese tiempo en sus visitas? _____

8. ¿Cómo es su relación con los familiares políticos? _____

9. Lugar donde vive: _____
10. ¿Cómo es el entorno social donde vive? _____

11. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir allí? _____
12. Problemas psicosociales en el entorno: _____

13. ¿Le afectan directamente los problemas antes descritos? ¿cómo? _____

(Estas preguntas no fueron pasadas como una encuesta, sino se fueron tratando en la conversación semidirigida que se tuvo con las participantes, en su mayoría mujeres.)

Discusión en Grupo
Preguntas generadoras.

1. ¿Qué cambios negativos creen que tiene la etapa de envejecimiento?
2. ¿Creen que el envejecimiento es una etapa difícil de aceptar? ¿Por qué?
3. ¿Qué cambios familiares hubo a partir de los cambios negativos que identificaron en la pregunta 1, y cómo repercutieron en sus vidas?
4. ¿Qué factores creen que influyen en algunos de los y las adultos mayores tengan sentimiento de pérdida del sentido de la vida?
5. ¿Alguna vez se sintieron así? ¿Por qué razón?
6. ¿Qué cosas pueden disminuir la pérdida de sentido de vida?
7. ¿Creen ustedes que el pertenecer a un grupo del adulto mayor puede ayudar al fortalecimiento o encuentro con un sentido de la vida? ¿Por qué?
8. ¿Cuál es su perspectiva del presente y del futuro, es decir, cuál es su esperanza?
9. ¿De qué formas han llegado a tener esa esperanza?
10. ¿En qué forma desea usted trascender?

Expediente No. _____

I. Datos Generales:

Nombre: y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Tel. _____

Religión: _____

Caso referido por: _____

Lugar y Fecha de la entrevista: _____

II. Motivo de Consulta:

III. Historia del Problema Actual:

IV. Personalidad Básica:

V. Historia Personal:

VI. Historia Familiar:

VII. Perfil Social:

VIII. Historia Escolar:

IX. Observaciones:

X. Examen Mental:

XI. Personalidad Premórbida:

XII. Otros estudios diagnósticos:

XIII. Impresión clínica:

XIV. Evaluación Pronóstica:

XV. Plan terapéutico:

Responsable de la Información: _____

[illegible]

68